

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

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	AP	CS ALBARRACIN	DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA	2016_0851	S1	24/09/2017	IMPLEMENTACION DEL INDICE TOBILLO BRAZO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL Y LA REDUCCION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR
TE	AP	CS ALBARRACIN	MARTIN CLEMENTE MANUELA	2016_1250	F	11/02/2018	EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN
TE	AP	CS ALBARRACIN	SANCHEZ MOLINA EVA MARIA	2016_1251	F	17/01/2018	ESTUDIO DE FILTRADO GLOMERULAR Y NEFROTOXICIDAD POR AINES
TE	AP	CS ALBARRACIN	CASTILLON ALFAYE IGNACIO	2016_1446	S1	05/02/2018	MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE LOS NIVELES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA INCREMENTAR LA AGILIDAD Y LA EFICIENCIA DE LA LECTURA Y ELABORACION DE LOS INFORMES DE LAS RETINOPATIAS DIABETICAS
TE	AP	CS ALBARRACIN	LASHERAS BARRIO MONICA	2016_1724	F	02/01/2018	TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS, RCP BASICO Y DESA
TE	AP	CS ALBARRACIN	PEREZ LAZARO CAROLINA	2016_1725	F	17/02/2018	MARCHAS SALUDABLES EN LA SIERRA DE ALBARRACIN
TE	AP	CS ALFAMBRA	MARCO CATALAN MARIA PILAR	2016_1214	S1	12/02/2018	EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL
TE	AP	CS ALFAMBRA	MARCO CATALAN MARIA PILAR	2016_1214	S2	25/02/2019	EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL
TE	AP	CS ALFAMBRA	ESTEBAN PEREZ NURIA	2016_1215	F	16/02/2018	OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS EN PACIENTES DIABETICOS CON GLUCOMETRO
TE	AP	CS ALIAGA	CASTRO LOPEZ CARLOS	2016_1162	F	08/01/2018	TALLER DE RCP BASICA Y MANEJO DESA
TE	AP	CS ALIAGA	LLERA BUESO GUILLERMINA	2016_1163	F	08/01/2018	MENS SANA IN CORPORE SANO. RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA EXPOSICION AL SOL. CENTRO DE SALUD DE ALIAGA
TE	AP	CS BAGUENA	REDOLAR CHASENAS GEMMA	2016_0059	F	16/02/2018	CONTROL DE LA TEMPERATURA DE LA NEVERA DE VACUNAS DURANTE LA ATENCION CONTINUADA
TE	AP	CS BAGUENA	GONZALVO HERNANDO PILAR	2016_1213	F	15/02/2018	MEJORAR LA COBERTURA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD DE BAGUENA A LOS QUE SE LES HAYA REALIZADO UN ELECTROCARDIOGRAMA EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS
TE	AP	CS BAGUENA	OLORIZ RUIZ INES	2016_1241	S1	15/02/2018	EDUCACION SANITARIA EN COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA MEDIANTE HIGIENE BUCODENTAL EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR Y DESAYUNO SALUDABLE
TE	AP	CS CALAMOCHA	CALVO CONS ANA MARIA	2016_0369	F	10/02/2018	PROYECTO DE MEJORA EN LA TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES TELEFONICOS EN ATENCION CONTINUADA
TE	AP	CS CALAMOCHA	MENDEZ CAÑETE YOLANDA	2016_1184	S1	15/02/2018	MEJORA DEL MANEJO DE LOS INHALADORES EN LAS REAGUDIZACIONES DE ASMA Y EPOC EN EL C.S DE CALAMOCHA
TE	AP	CS CALAMOCHA	TARTAJ TOMAS JOSE LUIS	2016_1202	S1	12/02/2018	GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO C.S. CALAMOCHA
TE	AP	CS CALAMOCHA	TARTAJ TOMAS JOSE LUIS	2016_1202	F	12/03/2019	GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO C.S. CALAMOCHA
TE	AP	CS CALAMOCHA	RUIZ DOMINGO ROSA MARIA	2016_1224	S1	06/02/2018	PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA
TE	AP	CS CALAMOCHA	RUIZ DOMINGO ROSA MARIA	2016_1224	F	11/03/2019	PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA
TE	AP	CS CEDRILLAS	ALONSO VALBUENA AINARA	2016_0040	F	10/02/2018	ADECUACION DEL MATERIAL DE LOS CONSULTORIOS RURALES DEL C.S. CEDRILLAS
TE	AP	CS CEDRILLAS	MARTINEZ NAVARRO MARIA CRISTINA	2016_0365	F	15/11/2017	DOTACION DE MATERIAL DE URGENCIA PARA EL VEHICULO DEL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS
TE	AP	CS CEDRILLAS	COMAS RIBAS EDUARDO	2016_1206	S1	22/02/2018	VALORACION DE LA FUNCION RENAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS
TE	AP	CS CEDRILLAS	COMAS RIBAS EDUARDO	2016_1206	F	15/03/2019	VALORACION DE LA FUNCION RENALEN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS
TE	AP	CS CEDRILLAS	MUÑOZ OBON FRANCISCO JOSE	2016_1209	F	30/10/2017	EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADRES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS, DEL SECTOR DE TERUEL
TE	AP	CS CELLA	NAVARRO RUEDA MARIA JOSE	2016_0139	S2	28/01/2018	IMPLANTACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CELLA
TE	AP	CS CELLA	HERNANDEZ DIAZ ROGELIO	2016_0373	S2	31/01/2018	ACTUALIZACION DE LOS DATOS DE USUARIOS DEL CENTRO 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: 117 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							SALUD DE CELLA (TERUEL) EN EL PROGRAMA INFORMATICO BDU (BASE DE DATOS DE USUARIOS)
TE	AP	CS CELLA	CERESUELA LOPEZ AMELIA	2016_1183	S1	15/02/2018	VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 70 O MAS AÑOS
TE	AP	CS CELLA	GRACIA ORTIZ FERNANDO	2016_1190	S2	28/02/2019	DAR FORMACION A LOS PACIENTES CON INHALADORES EN EL CENTRO SALUD DE CELLA
TE	AP	CS CELLA	GRACIA ORTIZ FERNANDO	2016_1190	F	14/02/2018	DAR FORMACION A LOS PACIENTES CON INHALADORES EN EL CENTRO SALUD DE CELLA
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO	GOMEZ CADENAS CONCEPCION	2016_1288	S1	15/02/2018	MEJORA DE LA CALIDAD RELACIONADA CON LA PERCEPCION DE INSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES EN EL PUESTO DE TRABAJO
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS	CLEMENTE IBAÑEZ FERNANDO	2016_1238	F	13/02/2018	EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON ASMA-EPOC
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS	VIVO LAZARO JOSE LORENZO	2016_1239	F	13/02/2018	MEDIDA PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 207 EN EL SECTOR DE TERUEL. SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES
TE	AP	CS MOSQUERUELA	OLIVAS GUILLEN VALERIANO	2016_1164	F	08/02/2018	VALORACION DE LA FUNCION RENAL MEDIANTE LA FORMULA CE COCKCROFT EN PACIENTES DE MAS DE 75 AÑOS
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	RUBIO SERRANO MARIA DOLORES	2016_1187	S1	16/02/2018	MEJORAR EL INFRA DIAGNOSTICO DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA RELIZACION DE ESPIROMETRIAS
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA	2016_1191	F	15/02/2018	IMPLEMENTACION, REVISION Y REPOSICION DEL MALETIN DE URGENCIAS Y MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE EN C.S. DE SANTA EULALIA
TE	AP	CS SARRION	MORTE PEREZ ALFREDO	2016_1185	S1	23/09/2017	MEJORA DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCION EN AP. EVALUACION, ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES LIDOCAINA AL 5. SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY
TE	AP	CS SARRION	PALACIOS MEDRANO JESUS	2016_1185	F	02/02/2018	MEJORA DE LA CALIDAD EN PRESCRIPCION EN AP: EVALUACION ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES DE LIDOCAINA 5 Y SEGURIDAD TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY
TE	AP	CS SARRION	FUENTES MORENO ENCARNA	2016_1205	F	24/01/2018	VALORACION DEL RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES DE 50 A 59 AÑOS DENTRO DEL SERVICIO DE LA MUJER EN EL CLIMATERIO
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	GOMEZ NAVARRO RAFAEL	2016_1175	F	02/02/2018	ESTUDIO DE ADECUACION DE LAS INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON PRESCRIPCION ACTIVA EN EL CS TERUEL CENTRO PARA UNA MEJORA EN LA SELECCION EFICIENTE DE LOS MISMOS
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	URBISTONDO BLASCO PILAR	2016_1176	F	16/03/2019	MEJORA DE LA CALIDAD D E LA PRESCRIPCION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DEL CS DE TERUEL CENTRO. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CN ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) U Y TIPLE WHAMY
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	URBISTONDO BLASCO PILAR	2016_1176	F	31/01/2018	MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DEL CS TERUEL CENTRO. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	CASTILLO GUILLAMON MIGUEL	2016_1210	F	16/02/2018	MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS MEDIANTE EL USO DE TIRAS REACTIVAS
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN	2016_1193	S1	12/02/2018	MEJORA DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCION EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	ZORRAQUINO LOZANO JUAN ANTONIO	2016_1194	S1	12/02/2018	MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	ZORRAQUINO LOZANO JUAN ANTONIO	2016_1194	F	04/03/2019	MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	DIAZ DIAZ TANIA	2016_1195	S1	12/02/2018	PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: "TERUEL CAMINA CON GUSTO"
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	DIAZ DIAZ TANIA	2016_1195	F	27/02/2019	TERUEL CAMINA CON GUSTO
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE	2016_1208	F	16/02/2018	MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD TERUEL ENSANCHE MEDIANTE EL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA

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

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	AP	CS UTRILLAS ATENCION CONTINUADA EN AP	BAYONA FARO YOLANDA	2016_1189	F	10/02/2018	PORCENTAJE DE PACIENTES PEDRIATRICOS VISTOS EN SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA CON OTITIS MEDIA AGUDA QUE SON TRATADOS CON AMOXICILINA O AMOXICILINA-CLAVULANICO
TE	AP	CS UTRILLAS	BENEDI ZAMARVIDE MARTA	2016_1171	S1	23/01/2018	SUPERVISION Y DIETETICA DEL MENU DEL COMEDOR ESCOLAR Y CERTIFICACION DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL MENU MENSUAL-COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)
TE	AP	CS UTRILLAS	HOMEDES CELMA LAIA	2016_1174	F	24/01/2018	TALLER SOBRE EL CORRECTO MANEJO DE LOS INHALADORES
TE	AP	CS UTRILLAS	MONZON GRACIA ANA ISABEL	2016_1181	S1	15/01/2018	PROGRAMA DE RADIO SALUD. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN
TE	AP	CS UTRILLAS	LAZARO BELLA MERCEDES	2016_1186	S1	16/02/2018	CONTROL DEL GASTO DE TIRAS REACTIVAS DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTES (DMNID)
TE	AP	CS UTRILLAS	VALENZUELA FOVED AMPARO	2016_1212	F	13/02/2018	LA SALUD A TRAVES DE LA HIGIENE PERSONAL
TE	AP	CS VILLEL	LEON MIGUEL PURIFICACION	2016_1203	F	02/02/2018	EDUCACION GRUPAL EN USO INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOCEN EL CENTRO DE SALUD DE VILLEL, DEL SECTOR DE TERUEL
TE	AP	CS VILLEL	DOMINGO MAICAS MIGUEL	2016_1207	F	01/02/2018	MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION EN ATENCION PRIMARIA I. EVALUACION DE LA ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE LOS PARCHES DE LIDOCAINA 5
TE	AP	DAP TERUEL	VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO	2016_1192	S1	15/02/2018	REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL
TE	AP	DAP TERUEL	VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO	2016_1192	F	10/01/2019	REALIZACION ESPIROMETRIAS PARA EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL
TE	AP	DAP TERUEL DIRECCION	VICENTE MALLEN JOAQUIN	2016_1199	F	25/01/2018	OPTIMIZACION DEL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
TE	AP	DAP TERUEL FARMACIA ATENCION PRIMARIA	PEREZ DIEZ CRISTINA	2016_0211	F	25/01/2018	MEJORA DE LA GESTION DE LOS DEPOSITOS DE MEDICAMENTOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA (EAP) DEL SECTOR TERUEL: INFORMATIZACION DE LAS PETICIONES DE REPOSICION
TE	HOSP	CRP SAN JUAN DE DIOS PSIQUIATRIA	MARTINEZ SOTO ALMUDENA	2016_1554	F	16/02/2018	ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"
TE	HOSP	CRP SAN JUAN DE DIOS TERAPIA OCUPACIONAL	ENGUITA FLOREZ MARIA PILAR	2016_0480	F	16/01/2018	MEJORA DEL PROGRAMA DE AVD DE LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE TERUEL
TE	HOSP	CSS SAN JOSE FARMACIA HOSPITALARIA	CORREA BALLESTER MARTA	2016_0143	F	13/02/2018	OPTIMIZACION DE LA TERAPIA FARMACOLOGICA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS UTILIZANDO LA APLICACION WEB "CHECKTHEMEDS"
TE	HOSP	CSS SAN JOSE GERIATRIA	GONZALEZ GARCIA PALOMA	2016_0674	S1	15/02/2018	DETECCION E INTERVENCION SOBRE DESNUTRICION EN FRACTURA DE CADERA
TE	HOSP	CSS SAN JOSE GERIATRIA	FORCANO GARCIA MERCEDES	2016_0804	F	27/01/2018	MEJORANDO LA ATENCION EN LA FASE DE AGONIA Y MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ALERGOLOGIA	MUÑOZ PAMPLONA MARIA PILAR	2016_0036	F	05/04/2018	RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	FERNANDEZ LANDAZURI SARA	2016_0115	F	26/10/2017	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	SANLEHI VILA NURIA	2016_0877	F	16/02/2018	PROYECTO DE MEJORA DE LA PREANALITICA EN LOS CENTROS DE EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS PERIFERICA, DEPENDIENTE DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO	2016_1762	F	13/02/2018	IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANESTESIA Y REANIMACION	MURCIANO GARCIA FERNANDO	2016_0367	S1	22/02/2018	INFORME DE VIA AEREA DIFICIL PARA EL PACIENTE
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANESTESIA Y REANIMACION	ARMAS TOVAR GUSTAVO ADOLFO	2016_1765	S1	15/02/2018	MEJORA DE LA ACTUACION ANTE PROCESOS RAROS Y POTENCIALMENTE LETALES MEDIANTE SIMULACIONES EN UN SERVICIO DE ANESTESIA:GESTION DE LA HIPERTERMIA MALIGNA EN EL AREA QUIRURGICA

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

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CARDIOLOGIA	CALPE GIL MARIA JOSE	2016_1727	F	13/02/2018	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	UTRILLAS MARTINEZ ANA CRISTINA	2016_1732	S1	15/02/2018	EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	UTRILLAS MARTINEZ ANA CRISTINA	2016_1732	S2	28/01/2020	EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	DIAZ MARTINEZ JOSE VICENTE	2016_0148	F	11/02/2018	MODIFICACION DE LA VIA CLINICA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA GENERAL Y TRAUMATOLOGIA	OSCA GUADALAJARA MARTA	2016_0150	F	14/02/2018	GUIA DEL MATERIAL PROTESICO Y OSTEOSINTESIS UTILIZADO EN QUIROFANO EN EL TRATAMIENTO DE PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIGESTIVO	BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA	2016_0109	S1	13/02/2018	EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIGESTIVO	BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA	2016_0109	F	26/01/2019	EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIRECCION	PEREZ HERNANDEZ RAQUEL	2016_1051	F	04/02/2018	MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA Y CONSULTA DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES EXTERNOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIRECCION	GALVE ROYO FERNANDO LEON	2016_1723	S1	16/01/2018	UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIRECCION	GALVE ROYO FERNANDO LEON	2016_1723	F	17/02/2019	PROYECTO UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	CIPRES CASASNOVAS LUIS	2016_1321	S1	29/01/2018	PROGRAMA DE REPASO DE EDUCACION DIABETOLOGICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 1
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO FARMACIA HOSPITALARIA	GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO	2016_0011	S1	12/02/2018	SISTEMA DE PRESCRIPCION Y VALIDACION ELECTRONICA DE TERAPIA ANTINEOPLASICA. HERRAMIENTAS DE SOPORTE EN LA TOMA DE DECISIONES CLINICAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	GONZALEZ GOMEZ NICOLAS	2016_1728	F	13/02/2018	MEJORA EN LA ACTUACION ANTE UNA HEMORRAGIA MASIVA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTENSIVA	VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION	2016_0084	F	06/02/2018	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTENSIVA	MONFORTE ZAFON ENCARNA	2016_0690	F	06/02/2018	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTENSIVA	PEREZ MARTINEZ CARMEN	2016_1750	F	07/02/2018	CONTINUIDAD DE LA IMPLEMENTACION DE UN PLAN INTEGRAL DE PREVENCION Y ATENCION A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTERNA	FONSECA LOPEZ CHERPENTIER	2016_0947	F	14/02/2018	PROTOCOLIZACION DE LA PRIMERA CONSULTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS (VIH)
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	ESCUSA JULIAN MILAGROS	2016_0999	S1	13/02/2018	COMO PODEMOS INCIDIR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO PARA MEJORAR LA TECNICA Y LOS MOMENTOS EN LOS QUE HAY QUE REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEFROLOGIA	ACERO CARRERO ALMUDENA	2016_0395	F	19/01/2018	RECEPCION DEL PACIENTE NUEVO EN HEMODIALISIS.CREACION TRIPTICO INFORMATIVO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEFROLOGIA	LACASA SANCHEZ ALICIA	2016_0456	S1	16/01/2018	IMPLANTACION CATETER PERITONEAL. PROTOCOLIZACION, ACTUACION DE ENFERMERIA POST IMPLANTACION CATETER PERITONEAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEFROLOGIA	RUIZ CRIADO JORGE	2016_1726	S1	15/01/2018	INSTAURACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO (NEFROSOFT®) PARA LA GESTION INTEGRAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD HEMODIALISIS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUMOLOGIA	ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS	2016_1735	F	12/02/2018	REVISION MANUAL DE POLIGRAFIAS DOMICILIARIAS EN PACIENTES CON PROBABILIDAD CLINICA BAJA-MEDIA DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUENO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUROLOGIA	JARAUTA LAHOZ LAURA	2016_0069	S1	25/01/2018	APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

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

Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUROLOGIA	JARAUTA LAHOZ LAURA	2016_0069	S2	19/02/2019	APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUROLOGIA	HERNANDO QUINTANA NATALIA	2016_0073	F	07/02/2018	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: TRANSFERENCIA DE LA NEUROSONOLOGIA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO A NEUROLOGIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BERNAL ARAHAL MARIA TERESA	2016_0762	F	16/02/2018	PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES GEMELARES EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	GARCES VALENZUELA MARTA	2016_0792	F	16/02/2018	MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	COLECHA MORALES MARTA	2016_0967	F	21/02/2018	PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES COMPLICADAS CON RESTRICION DEL CRECIMIENTO FETAL EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OFTALMOLOGIA	PASTOR ESPIUG MARIA	2016_0654	S1	13/02/2018	CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE UVEITIS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OFTALMOLOGIA	ALIAS ALEGRE EVA GLORIA	2016_0665	S1	28/01/2018	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON OCLUSION VENOSA RETINIANA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ONCOLOGIA MEDICA	FERRER PEREZ ANA ISABEL	2016_0009	F	18/01/2018	MEJORA EN LA GESTION DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE ONCOLOGIA MEDICA MEDIANTE LA AUTOCITACION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OTORRINOLARINGOLOGIA	HEREDIA LOPEZ GIOVANNY PATRICIO	2016_1731	F	22/01/2018	ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON RADIOFRECUENCIA DE CORNETES INFERIORES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL REFRACTARIO AL TRATAMIENTO MEDICO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	BENITO COSTEY SILVIA	2016_0531	F	08/02/2018	PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	MARTIN RUIZ NURIA	2016_0980	S1	16/02/2018	REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION DE HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	MARTIN RUIZ NURIA	2016_0980	F	01/03/2019	REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION DE HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSICOLOGIA CLINICA	REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA	2016_0112	S1	13/01/2018	ELABORACION Y SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE ATENCION AL DUELO PERINATAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSIQUIATRIA	PEREYRA GRUSTAN LORENA	2016_0111	F	16/02/2018	PROYECTO PARA LA MEJORA EN LA CAPTACION INICIAL Y SEGUIMIENTO POSTERIOR DEL PACIENTE ADULTO CON RIESGO SUICIDA EN EL SECTOR TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO REHABILITACION	ORELLANA GARCIA RAQUEL	2016_0203	F	25/01/2018	INTERCONSULTAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS AL SERVICIO DE REHABILITACION INFORMATIZADAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO REHABILITACION	PECES GONZALEZ NATALIA	2016_0687	F	26/01/2018	COORDINACION DE TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA A TRAVES DEL SERVICIO DE REHABILITACION
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO TRABAJO SOCIAL	MUÑOZ LEON MERCEDES	2016_0550	F	05/02/2018	PROGRAMA DE ADECUACION Y ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA TEMPORAL A PACIENTES DESPLAZADOS EN EL PROGRAMA DE HEMODIALISIS CRONICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	ANDRES SALIENTE AURORA	2016_0147	S1	24/01/2018	DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON LA ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	ANDRES SALIENTE AURORA	2016_0147	F	11/12/2018	DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	LAJUSTICIA MORENO JOSE RICARDO	2016_0160	S1	24/01/2018	DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LOS PROCESOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION CON LA ELABORACION DE UN MANUAL PRACTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	MARTINEZ OVIEDO ANTONIO	2016_0178	F	11/01/2018	UNA ESPERA ENTRETENIDA Y DIDACTICA EN URGENCIAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	VILLALBA GARCIA JUSTO MANUEL	2016_0868	S1	14/02/2018	ELABORACION DE UN PROYECTO DE INSULINIZACION PARA PACIENTES INGRESADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0851

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL INDICE TOBILLO BRAZO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL Y LA REDUCCION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

Fecha de entrada: 24/09/2017

2. RESPONSABLE KATIA APARECIDA DE SOUZA OLIVEIRA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ALBARRACIN
- Localidad ALBARRACIN
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LORENZ DE LA PUENTE GLORIA
MARTIN CLEMENTE MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Índice Tobillo Brazo (ITB) es una prueba sencilla, económica, no invasiva, reproducible y accesible en AP, con una gran utilidad en la detección de ECV en pacientes con FRCV. El ITB se calcula dividiendo la presión arterial sistólica (PAS) de cada tobillo (se escogerá el valor más alto entre la arteria pedia y la tibial posterior de cada miembro inferior) entre el valor de la PAS más alta de cualquiera de las arterias braquiales. Así se obtiene un valor para cada miembro inferior. La determinación es breve, se le puede realizar en aproximadamente 20 minutos, barata, sólo se necesita un esfigmomanómetro analógico y un doppler portátil con sonda de 8 MHz y reproducible con mínima variabilidad intraobservador.

MÉTODOS: (ACTIVIDADES REALIZADAS)

Estudio longitudinal de 1 año y 1m de seguimiento (2016-2017) de una cohorte de personas 35 a 74 años, diabéticas y/o fumadoras, con ITB < o igual a 9 pertenecientes al Centro de Salud de Albarracín. Se excluirán los pacientes con ECV ya diagnosticadas.

Se valorarán la edad, el sexo, si es diabético o/y fumador, y además si tiene Hipertensión Arterial, Dislipemia, el IMC, el RCV según la tabla de Regicor al inicio y al final del estudio.

A la Cohorte seleccionada se actuará de manera terapéutica sobre los FRCV intentando reducir el riesgo CV en un 20% del calculado al inicio del estudio.

INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO:

- 1- Pacientes de 35 a 74 años, diabéticos o fumadores y/o con otro FRCV, con ITB < e igual a 0.9 (%).
- 2- Pacientes de 35 a 74 años, diabéticos o fumadores y/o con otro FRCV, con ITB>0.9 (%).
- 3- Comprobar el % de pacientes con determinante RCV que tiene la EAP establecida, estimando la prevalencia de la enfermedad en nuestra población.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS PARCIALES:

Se han realizados 54 ITB con 12 resultados < o igual a 0,9 por lo tanto la incidencia de sujetos con alta probabilidad de tener EAP, encontrada en nuestra población es de 22,22%.

De los casos seleccionados 16.66% (2 de 12) tienen una ITB de 0.4 a 0.6, isquemia moderada.

La media de edad encontrada es de 64.41, siendo el más joven de 42 años y el mayor 74. Si valoramos solamente las mujeres observamos que la media de edad es 57,25 y el 50% (2 de 4) diabéticas (68 y 74 años) y 50% (2 de 4) son fumadoras (45 y 42 años)

Según el sexo el 66,66%(8/12) son varones (2 varones para 1 mujer).

75% de los sujetos son diabéticos y, además, tienen Hipertensión Arterial Sistémica como FR adicional. De estos 55.5% son Dislipémicos.

De los sujetos fumadores encontramos una incidencia de 20.83% (5 de 24), siendo además diabéticos el 40% (2 de 5).

De los diabéticos no fumadores encontramos una incidencia de 23.33% (7 de 30).

En relación al IMC el 58.33% tiene sobrepeso y el 25% obesidad u obesidad mórbida.

Al seleccionar los pacientes hemos realizado el RCV inicial. La media de RCV inicial, según las tablas de Regicor, es de 5.58 riesgo moderado, con una variabilidad de 5 a 11.

Según nuestros indicadores hemos encontrado:

- 1- Los pacientes con ITB < o igual a 0,9 encontrada en nuestra población es de 22,22%.
- 2- A respecto de los pacientes con ITB>0.9 hemos obtenido 42 de 54 posibles, que equivale a 77,78%.
- 3- Hemos comprobado que la media del RCV, según la Tabla de Regicor, de los pacientes con ITB < o igual a 0.9 es de 5.58, moderado.
- 4- Solo veremos si se cumplen las expectativas del Equipo con la valoración del RCV al final del estudio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La gran mayoría de guías de práctica clínica sobre prevención de riesgo cardiovascular (CV) recomienda la estimación del riesgo CV para lograr una intervención terapéutica eficiente cuyo objetivo principal es disminuir la morbimortalidad cardiovascular asociada. Se ha comprobado que también pacientes con bajo o moderado RCV tienen alta probabilidad de tener EAP.

En AP el diagnóstico de Enfermedad Arterial Periférica subclínica ha de ser considerado en los pacientes con FRCV principalmente la Diabetes y el Tabaquismo. En distintos estudios epidemiológicos se ha estimado que la prevalencia de EAP ha oscilado entre un 1.4%, con historia, exploración y cuestionarios, a 6.1% con el índice tobillo brazo (ITB). Los estudios de prevalencia varían de forma muy significativa dependiendo de la población estimada. Tras el estudio, hasta el momento, hemos estimado una incidencia alta de 22.22% de probable EAP en nuestra población, además la mayoría de nuestros pacientes son diabéticos con un RCV moderado, según las tablas de Regicor. El ITB es una herramienta eficaz en encontrar EAP incluso en pacientes con bajo RCV.

Se ha observado que los pacientes seleccionados presentaban, además del FR para incluirles en el estudio (Diabetes y/o Tabaquismo), HAS y, otro u otros FRCVs.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0851

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL INDICE TOBILLO BRAZO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL Y LA REDUCCION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

En nuestro estudio observamos que el tabaquismo en mujeres ha probablemente causado EAP de manera temprana (menor que 50 años). Seguiremos recolectando datos y en este último trimestre esperamos aportar más conclusiones. Es conveniente señalar que hemos tenido algunas dificultades en la realización del estudio. Tenemos un aparato de Doppler para 18 consultorios médicos, un Centro de Salud y dos Puntos de Atención Continuada dispersos en el extenso territorio de la Sierra de Albarracín. El horario de consulta médica coincide con el horario laboral de la mayor parte de nuestros pacientes de 35 a 65 años que tenían que venir y disponer de un tiempo para realizar una prueba con fines científicos. Para terminar al final de estudio realizaremos una reunión para aportar nuestros resultados y conclusiones a nuestro Equipo de Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/851 ===== ***

Nº de registro: 0851

Título
IMPLEMENTACION DEL INDICE TOBILLO BRAZO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL Y LA REDUCCION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

Autores:
DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA, CASTILLON ALFAYE IGNACIO, LASHERAS BARRIO MONICA, LORENZ DE LA PUENTE GLORIA, MARTIN CLEMENTE MANUELA, ORTE GUERRERO JAVIER, PEREZ LAZARO CAROLINA, SANCHEZ MOLINA EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Trabajamos en un medio rural, disperso, envejecido y alejado del centro hospitalario de referencia. La Enfermedad Arterial Periférica (EAP) es una enfermedad infradiagnosticada en nuestro medio que puede detectar Enfermedad Cardiovascular (ECV) subclínica en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. El Índice Tobillo Brazo (ITB) es una prueba sencilla, económica, no invasiva, reproducible y accesible en Atención Primaria (AP), con una gran utilidad en la detección de ECV en sujetos con factores de riesgo que, hasta ahora, no se había utilizado en nuestro centro. La ITB se calcula dividiendo la presión arterial sistólica (PAS) de cada tobillo (se escogerá el valor más alto entre la arteria pedia y la tibial posterior) entre el valor de la PAS más alta de cualquiera de las arterias braquiales. Así se obtiene dos valores de la ITB para cada miembro inferior, seleccionando como definitivo el más bajo de los dos. La determinación es breve, se puede realizar en aproximadamente 20 minutos, barata, sólo se necesita un esfigmomanómetro y un doppler portatil con sonda de 8 Mhz y reproducible con mínima variabilidad intra e interobservador.

RESULTADOS ESPERADOS
Detectar patología CV subclínica, incidir en los factores de riesgo, comprobando la reducción del RCV con medidas terapéuticas eficaces.

MÉTODO
Búsqueda activa de casos por el personal sanitario que trabaja en el Centro de Salud de Albarracín. Se remitirá al grupo de trabajo los datos de posibles casos; pacientes mayores de 50 años, diabéticos o fumadores y/o otros factores de riesgo CV, de los distintos consultorios dependientes del Centro de Salud. Selección de pacientes con ITB < o igual a 0.9. Medición del ITB, de los seleccionados, al inicio y al final del estudio tras las medidas terapéuticas oportunas. Las tareas se supervisarán por el responsable del equipo de calidad.

INDICADORES
Pacientes de > 50 años, diabéticos y/o otro FR con ITB < e igual a 0.9 (%)
Pacientes de > de 50 años, fumadores y/o otro fctor de riesgo con ITB > o igual a 0.9 (%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0851

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL INDICE TOBILLO BRAZO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL Y LA REDUCCION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

Se espera conseguir una reducción del RCV del 20 % del calculado previamente al concluir la actividad.

DURACIÓN

Inicio el 01 de noviembre de 2016.

Fin 31 de octubre de 2017.

Reuniones trimestrales para la recopilación de datos y seguimiento de la implementación de la actividad.

Reunión al final de la actividad para informar al EAP de lo resultados obtenidos.

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: 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 - 2016/1250

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE MANUELA MARTIN CLEMENTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALBARRACIN
· Localidad ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAORDEN ESTEBAN MERCEDES
LORENZ DE LA PUENTE GLORIA
ORTE GUERRERO JAVIER
SORIANO MARTINEZ JUAN CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de talleres de educación grupal compuestos por 2 a 10 pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado (convencional o activado por la inhalación) o de polvo seco (unidosis o multidosis).

- Cartucho presurizado: Autohaler o presurizado (Ventolín)
- Polvo seco: Accuhaler, Turbuhaler, Novolizer, Twisthaler

En ellos, además de especificar concretamente el procedimiento de dispensación del medicamento, se han indicado las medidas necesarias de limpieza del dispositivo además de las de higiene del propio paciente después del tratamiento.

Para la realización de estos talleres se han utilizados Inhaladores placebo, los inhaladores propios de los pacientes y una cámara espaciadora para exponer la inhalación con este tipo de material.

Cronograma (actividades realizadas)

- Cada miembro del equipo ha elaborado un listado con pacientes EPOC y ASMA de su población asignada, inhaladores utilizados y tipo de sesión a realizar individual o grupal en función de nº de pacientes, edad, disponibilidad para desplazarse de los usuarios. (Mayo 2017).
- Reunión miembros equipo de mejora para definir población diana, sesiones. (31 Mayo 2017).
- Elaboración Power Point para reforzar talleres. (Junio 2017).

Responsable del Proyecto.

- Captación por parte de cada profesional de la población diana y fijación de fecha para sesión (individual o grupal).
- Calendario de sesiones realizadas:

LOCALIDAD PONENTE /FECHA

ALBARRACÍN MANUELA MARTÍN/MERCEDES LAORDEN
22/06/2017 8 Asistentes

ROYUELA MANUELA MARTÍN
29/06/2017 6 Asistente

VILLAR, JAVIER ORTE

GUADALAVIAR

GRIEGOS SEPTIEMBRE/NOVIEMBRE 6 ASISTENTES
(sesiones educación individuales)

ORIHUELA MANUELA MARTÍN/GLORÍA LORENZ
BRONCHALES 25/10/2017 13 ASISTENTES

ROYUELA
(2ª SESIÓN) MANUELA MARTÍN
30/11/2017 6 ASISTENTES

- Al final de cada sesión grupal se paso una hoja de recogida de firmas de asistencia.
- En las localidades de Villar del Cobo, Guadalaviar, Griegos, Frías de Albarracín y Tramacastilla debido a las características de los pacientes (nº insuficiente para hacer grupo, edad avanzada, dificultad de desplazamiento) se ha optado por realizar sesiones individuales.
- En algún Taller ha asistido algún cuidador (Royuela, Orihuela y Bronchales) y pacientes que usan inhaladores pero no son población diana de este proyecto, En concreto han sido 4 personas.
- Evaluación de indicadores y conclusiones. Enero 2018

No se paso test de evaluación de conocimientos adquiridos debido a la elevada edad de la mayoría de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1250

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

asistentes y nivel educativo.

Además se reforzó y comprobó la técnica de forma individual en consulta programada en sucesivas visitas, con su correspondiente registró en OMI-AP (actividades enfermería, Educación para la salud uso de inhaladores).

La segunda sesión grupal solo se desarrollo en la localidad de Royuela por razones organizativas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A fecha de 31 de diciembre de 2017 la prevalencia de EPOC en nuestra Zona Básica de Salud de Albarracín era del 2,95 %; 45 pacientes (dato extraído del cuadro de mandos Acuerdo de Gestión). En nuestro Proyecto de calidad han participado 34 personas, de las cuales 21 eran EPOC (el 46 % de los pacientes de la zona), 9 pacientes con el diagnóstico de ASMA Y 4 personas más que usan inhaladores pero no están incluidas como población objeto del Proyecto (EPOC/ASMA). También ha asistida algún cuidador tanto en los Talleres grupales como en las sesiones individuales.

Vistas las cifras la captación /participación de pacientes EPOC ha sido baja, por debajo del 50 %. La puesta en marcha de este Proyecto ha coincidido en el tiempo con los meses de verano, periodo en el cual hay mayor presión asistencial en la Zona de Salud de Albarracín y el periodo vacacional del personal, con lo que ha sido complicado desarrollarlo hasta pasado estos meses.

Para el cálculo de los indicadores se ha cogido a las 30 personas que cumplen el criterio de diagnóstico EPOC O ASMA, que han participado tanto en taller y/o sesión individual.

Los periodos de tiempo para evaluar han sido del 1 de Julio al 31 de Diciembre de 2017 para el primer indicador; para los otros tres se ha comparado el periodo de tiempo del 1 de julio al 31 de diciembre del 2016 y el 2017.

La evaluación de los indicadores se ha realizado mediante revisión de la Historia Clínica en OMI- AP, para la valoración del número de agudizaciones y episodios de candidiasis; receta electrónica para consultar dispensaciones de inhaladores y la Historia Clínica Electrónica de todos los pacientes incluidos en el proyecto. La misma se ha realizado en el mes de enero de 2018 al acabar de desarrollar el proyecto.

Los indicadores evaluados son los siguientes:

- % Pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>80%) según e-receta

De los 30 pacientes, solo 20 (un 66%), sacaron los inhaladores en tiempo: observando que en el cupo médico donde participo el facultativo en el proyecto es donde más alto nº de pacientes los retiraron bien, un 83 % (5 de 6)

UN 66% DE LOS PACIENTES RETIRARON LAS RECETAS DE LOS INHALADORES EN TIEMPO

Este indicador no se ha alcanzado. Punto de mejora.

- % pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>80%)

En 2016 tuvieron 7 pacientes, uno 2 episodios, de agudizaciones de EPOC; de estos pacientes solo uno tuvo un episodio reagudización en 2017.

Un 87 % de pacientes redujeron las agudizaciones de 2016 a 2017.

Se ha alcanzado el objetivo de reducción de agudizaciones en los pacientes que se habían reagudizado en 2016.

- % paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (50%)

EN 2016 INGRESO, DE TODOS LOS PACIENTES PARTICIPES DEL PROYECTO, 1 SOLO USUARIO POR ESTE MOTIVO QUE NO INGRESO EN 2017.

SE REDUJERON EN UN 100 % LOS INGRESOS ENTRE 2016 Y 2017

- % pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%)

LOS EPISODIOS DE CANDIDIASIS SE REDUJERON UN 100 %

Un solo paciente tuvo candidiasis en 2016 y no en 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La mala técnica de los pacientes al administrarse estos tratamientos. Los errores principales y más repetidos han sido:

- ? No aguantar la respiración tras la inhalación (apnea).
- ? No agitar de nuevo (para cartuchos presurizados).
- ? No realizar la espiración máxima antes de proceder a la inhalación.
- ? No agitar el dispositivo (para cartuchos presurizados).
- ? No sincronizar la activación de cartucho presurizado con la inspiración.
- ? No inspirar enérgicamente en caso de dispositivos de polvo seco.

- La necesidad de adecuación de los dispositivos indicados a estos pacientes al estado cognitivo, físico, edad y nivel de comprensión del paciente para la efectividad del tratamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1250

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

- El desconocimiento de CASI TODOS a los que se les ha realizado el taller/educación individual de la limpieza de los diferentes dispositivos.
- La importancia de reforzar en consulta programada de manera periódica los conocimientos adquiridos y la técnica.
- La variabilidad en el registro en la Historia Clínica de los episodios de agudización de EPOC; agudizaciones reflejadas como apuntes en el episodio de EPOC o crear episodios nuevos con diferentes etiquetas diagnósticas, no la de agudización EPOC).
- Casi todos conocían y realizaban correctamente la higiene bucal después de realizar los inhaladores; únicamente hubo un episodio de candidiasis orofaríngeas en 2016.
- En aquellas localidades donde el facultativo era participe del Proyecto fue donde más nº de pacientes retiraron correctamente en tiempo los inhaladores (5 pacientes de 6); lo que constata la necesidad de supervisar periódicamente las dispensaciones, para comprobar que se hacen o en su caso, detectar mala adherencia terapéutica e intentar corregirla.
- Proyecto educativo breve, sencillo y asequible para la mayor parte de la población. Está pensado para un paciente tipo geriátrico.
- Probablemente, la ausencia de formación continuada sea la responsable de la falta de conocimiento que demuestran las enfermeras sobre nuevas técnicas, nuevas tecnologías (programas informáticos) entre otros. De hecho, en el caso particular de los inhaladores, encontramos en la bibliografía ciertos estudios en los que se deja constancia del desconocimiento, en ocasiones, del personal sanitario en el manejo de estos dispositivos así como un desconocimiento y escasa aplicación de las guías concernientes al manejo de patologías respiratorias crónicas.
- La valoración positiva que han expresado verbalmente los pacientes de realizar este tipo de actividades (talleres grupales).
- Es un área de trabajo donde se puede mejorar mucho en todos los aspectos, desde la captación y participación de los pacientes EPOC, la supervisión en cuanto a la adherencia terapéutica y dispensaciones de inhaladores y la realización de talleres grupales para educación en el uso de inhaladores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1250 ===== ***

Nº de registro: 1250

Título
EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

Autores:
MARTIN CLEMENTE MANUELA, LAORDEN ESTEBAN MERCEDES, LORENZ DE LA PUENTE GLORIA, ORTE GUERRERO JAVIER, SORIANO MARTINEZ JUAN CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El EPOC es la cuarta causa más común de enfermedad y la única que está en aumento. Esta enfermedad conlleva una gran carga de morbimortalidad y puede suponer para el paciente una limitación importante en su actividad diaria, frecuentes visitas médicas de control, seguimiento y atención de urgencias, así como hospitalizaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1250

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

con su consecuente costo económico y social.

El autocuidado es un término aplicado a los programas educacionales encaminados a enseñar las habilidades necesarias para realizar regímenes médicos específicos para la enfermedad, guiar el cambio de conductas de salud y prestar el apoyo emocional a los pacientes para el control de su enfermedad y vivir una vida funcional.

Los profesionales de enfermería juegan un papel fundamental del equipo profesional para control y seguimiento de esta enfermedad.

El plan de mejora que se presenta, contempla desde una serie de sesiones organizadas de educación para la salud individual, como una intervención grupal.

Se ha detectado la necesidad de formar a los pacientes que utilizan inhaladores de forma habitual debido a las siguientes circunstancias:

Pacientes con un dispositivo que no es adecuado a sus condicionantes tanto físicas, psíquicas y sociales no obteniendo el efecto terapéutico deseado.
Muchos pacientes consiguen beneficios incompletos con el tratamiento a consecuencia de una mala técnica de inhalación.

La situación de partida en el diagnóstico de EPOC, en el Sector de Teruel, es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se están desarrollando una serie de proyectos con objetivos comunes para mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores. Se pretende aumentar la realización de espirometrías y mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.-Conseguir la correcta realización del tratamiento con un buen adiestramiento en manejo de inhaladores y accesorios de los pacientes con diagnóstico de Asma EPOC del Centro de Salud de Albarracín
- 2.-Disminuir el número de exacerbaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.
- 3.-Disminuir la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis.

MÉTODO

1. Elaboración listado de los pacientes con diagnóstico Asma-EPOC en tratamiento con inhaladores. Médico y/o enfermera/o. Abril 2017
2. Captación de la población diana. Médico y/o enfermera/o. Abril 2017.
3. Sesiones grupales, dos; una en Mayo-Junio 2017 y la segunda Octubre-Noviembre 2017. Médico y/o enfermera/o.
4. Sesiones individuales de refuerzo: consulta programada. Médico y/o enfermera/o.
5. Evaluación de resultados y de la adquisición de conocimientos y habilidades. Coordinadora del proyecto. Diciembre 2017

INDICADORES

- % Pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>80%) según e-receta
- % pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>80%)
- % paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (50%)
- % pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%)

DURACIÓN

Duración del proyecto: 18 Abril- 31 Diciembre 2017.

La evaluación de los indicadores se realizará mediante revisión de la Historia Clínica en OMI- AP, para la valoración del número de agudizaciones y episodios de candidiasis; y de Historia Clínica Electrónica de todos los pacientes incluidos en el programa.

Realización de una encuesta a los participantes al principio y final del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1250

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1251

1. TÍTULO

ESTUDIO DE FILTRADO GLOMERULAR Y NEFROTOXICIDAD POR AINES

Fecha de entrada: 17/01/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ LAZARO CAROLINA
HERNANDEZ LAHUERTA RAMON
ROMEO MARTIN NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se estimó el filtrado glomerular a la población diana, en la primera mitad del año, al principio se revisaron analíticas que estaban realizadas en el periodo 2016 hasta mitad de 2017, si alguno no tenía analítica y venía a consulta se le pedía. Posteriormente a aquellos con FG bajo, se añadieron a una tabla, y se revisó su tratamiento habitual buscando la toma de AINES u otros fármacos nefrotóxicos de forma crónica. Además se añadió en la tabla, una columna para anotar otros FRCV.

A todos los que se les ha detectado un FG por debajo de 60 se les ha abierto el episodio de Insuficiencia Renal Crónica y se les ha añadido a la tabla para un posterior control analítico tras la actuación pertinente.

Aquellos FG bajo y que tomaban nefrotóxicos, se actuó en consecuencia, si eran AINES, se les retiró, dejándolos sólo para toma en procesos agudos, y si eran otros fármacos, se intentó cambiar o bajar su dosis.

Aquellos con FRCV asociados, HTA, mal controlada, o DM con hemoglobinas glicadas altas, se intensificaron las medidas de control.

Fecha:

Captación analíticas de 2016 y principios de 2017 y seguimiento durante el 2017 con analíticas de control y finalización durante la segunda mitad de 2017. Fecha de finalización en diciembre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados:

De un total de 300 pacientes mayores de 75 de las tres localidades, se realizó filtrado glomerular (FG) mediante la ecuación de CKD- EPI, en condiciones basales a 258 pacientes, hasta mediados de año de 2017. Quedaron excluidos, hasta ese momento, del estudio 36 por las siguientes razones:

4 por fallecimiento
20 por enfermedad renal crónica estadio avanzado en control por nefrología
Resto pacientes por no acudir a consulta habitualmente o ser desplazados temporales.

De los FG hasta entonces realizados, 124 pacientes presentan un FG por debajo de 60 y 9 de ellos menor de 35. Hasta entonces 72 casos se confirmaron con analíticas a los 6 meses de la primera. Con todos estos datos, se realizó una tabla donde incluimos además del FG, los tratamientos crónicos, si toma o no AINES, otros nefrotóxicos y factores de riesgo cardiovascular. Se implementaron en estos pacientes dos medidas, retirar AINES y nefrotóxicos en la medida de lo posible y control de otros factores de riesgo cardiovascular como hipertensión, dislipemia y glucemias. En cuanto a la toma de AINES, de los casos analizados, sólo en un caso se encontró la toma de los mismos, que fue retirado en una revisión de tratamiento en 2016. En el resto no se ha encontrado su consumo de forma continuada, se ha visto un caso de toma de nlotil, solo de forma esporádica, dos casos de toma alopurinol.

En cuanto al control analítico en la segunda mitad de año, y tras intensificar las medidas de control de FRCV, educar a la población diana sobre el uso de AINES y sus riesgos y realizar cambios en su tratamiento antihipertensivo, sobre todo disminuir diuréticos y ajustar tratamiento para evitar el daño renal, se han obtenido los siguientes datos:
Han mejorado la función renal en 22 casos, se ha visto que en la mayoría de estos casos, ha mejorado el control de la TA y ha disminuido la Hb glicosilada en los diabéticos, salvo en un caso, que a pesar de mejorar la función renal, la hb glicosilada estaba similar y en torno a 8.

En 7 de los pacientes, la función renal ha empeorado, uno de ellos ha coincidido con un ingreso hospitalario por fractura de femur con la consecuente toma de AINES.

25 de los pacientes han matenido estable su función renal, uno de ellos ha tenido que tomar AINES por crisis repetidas de gota.

Hemos perdido en esta segunda mitad del año 18 pacientes por los siguientes motivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1251

1. TÍTULO

ESTUDIO DE FILTRADO GLOMERULAR Y NEFROTOXICIDAD POR AINES

10 no han acudido a consulta para control analítico.
3 de ellos han sido pérdidas por fallecimiento.
2 de ellos son pacientes en estado terminal, en seguimiento por ESAD.
3 por control en nefrología.

Hemos captado en analíticas de control dos nuevos casos de IRC. Uno de ellos con un FG casi normal en 58, pero coincidiendo con un proceso anémico y otra de ellos con FG de 44, no conocida anteriormente ya que es nueva en la zona.

Porcentaje de cumplimiento:

-% de pacientes >75 años con realización de FG / pacientes >75 años 86 por ciento.

2- Porcentaje de pacientes estudio con Riesgo Renal

-% de pacientes >75 a con FG en tratamiento con fármacos nefrotóxicos / pacientes >75 a con FG ---2 por ciento

3- Porcentaje de pacientes beneficiados de nuestro proyecto:

- Número % de pacientes >75 a con FG con modificaciones en el tratamiento habitual / pacientes >75 a con FG --> 0,3 por ciento

- Porcentaje de pacientes mayores de 75 años con FG alterado y que han recibido consejos en los FRCV en relación con los pacientes mayores de 75 años con FG alterado: 100 %.

4- Efectividad del proyecto:

Diferencia entre porcentaje de nuestros pacientes estudio con Riesgo Renal y pacientes beneficiados de nuestro proyecto : 32 pacientes al final del estudio ya que hemos perdido 18 y han mejorado la función renal 22.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones:

En la población de los tres municipios de la Sierra de Albarracín, implicados en el estudio, no se produce un abuso de los AINES, y en general está bien controlado el uso de otros nefrotóxicos.

En la mayoría de los casos no hemos podido retirar o disminuir ciertos antihipertensivos dado que son necesarios para mantener adecuadamente el control de la TA, no obstante se han intensificado las medidas nefroprotectoras, en todos los pacientes de nuestro estudio, mejorando en un gran número de casos la función renal.

Aunque se necesitan estudios mucho más precisos y analíticos, si que podemos intuir que existe una relación directa entre el control adecuado de los factores de riesgo cardiovascular, sobre todo hipertensión arterial y diabetes, y la función renal. Esto nos afirma en la necesidad que tenemos los sanitarios de realizar una adecuada educación individualizada a nuestros pacientes, concienciarlos de la importancia del control adecuado de sus enfermedades crónicas y la toma de fármacos, para evitar daños futuros renales.

Es un proyecto muy interesante, gracias a el hemos repasado los tratamientos, en aquellas personas más susceptibles, hemos podido diagnosticar casos de IRC, en estadios iniciales, lo que nos ha permitido intensificar medidas para adecuado control de sus FRCV. Además nos ha ayudado a concienciarnos aún mas sobre la importancia del manejo de AINES, es por ello que recomiendo la realización de proyectos similares, que nos permitan mejorar la atención global de nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1251 ===== ***

Nº de registro: 1251

Título
ESTUDIO DE FILTRADO GLOMERULAR Y NEFROTOXICIDAD POR AINES

Autores:
SANCHEZ MOLINA EVA MARIA, PEREZ LAZARO CAROLINA, HERNANDEZ LAHUERTA RAMON, ROMERO MARTIN NATIVIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1251

1. TÍTULO

ESTUDIO DE FILTRADO GLOMERULAR Y NEFROTOXICIDAD POR AINES

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El envejecimiento de la población, conlleva un aumento de patologías crónicas y osteoarticulares que en numerosas ocasiones precisan del uso concomitante de AINES y fármacos que potencian la nefrotoxicidad. Con este proyecto, se pretende valorar la función renal en mayores de 75 años, y revisar entre sus tratamientos la toma de aines de forma continuada y actuar en consecuencia.
Quedan excluidos del estudio los pacientes que ya presentan IR diagnosticada y / o están en seguimiento por nefrología.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir yatrogenia, riesgo de triple Whammy en pacientes mayores de 75 años.
Detectar daño renal en estadios iniciales que puedan revertirse al modificar tratamiento crónico y factores de riesgo cardiovascular.
En caso de detectar daño renal moderado avanzado remitir a nefrología, según protocolos actuales, quedando excluidos del estudio.

MÉTODO

Realizar un filtrado glomerular a la población diana al principio del estudio:
-Si este es normal, y el paciente tiene prescritos fármacos nefrotóxicos, retirar aquellos que no sean imprescindibles (AINES).
-Si el FG está afectado y estamos ante un estadio inicial-moderado de IR, se procederá del mismo modo pero se realizará además otro filtrado glomerular al final del estudio para valorar la mejoría de la función renal.

INDICADORES

1.- Porcentaje de cumplimiento:
% de pacientes de >75 años con realización de FG / pacientes >75 años..... 40%.
2:- Porcentaje de pacientes estudio con riesgo renal:
% de pacientes >75 años con FG en tratamientos con fármacos nefrotóxicos/pacientes >75 años con FG.
3.- Porcentaje de pacientes beneficiarios de nuestro proyecto:
% de pacientes >75 años con FG a los que hace modificaciones en su tratamiento.

DURACIÓN

Inicio en Abril de 2017.
Finalización en 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 - 2016/1446

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE LOS NIVELES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA INCREMENTAR LA AGILIDAD Y LA EFICIENCIA DE LA LECTURA Y ELABORACION DE LOS INFORMES DE LAS RETINOPATIAS DIABETICAS

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE IGNACIO CASTILLON ALFAYE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALBARRACIN
· Localidad ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LASHERAS BARRIO MONICA
RODRIGUEZ MANZANILLA JOSEFA
SENOSIAIN IBAÑEZ JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han hecho los contactos y las entrevistas necesarias con el Servicio de Oftalmología del HOP de Teruel para impulsar y dar coherencia al proyecto. Desde este servicio se crea una comisión para apoyar y mejorar la comunicación entre los niveles de AE y AP, inicialmente con el EAP de Albarracín, para posteriormente hacerlo con el resto de EAPs del Sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Correos y acta de colaboración entre el servicio de Oftalmología del HOP de Teruel y el EAP de Albarracín

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Posibilidades de mejorar la comunicación, el trabajo cotidiano y la eficacia en la atención de calidad al usuario/a de la Retinopatía diabética como marcador precoz de pronóstico de afectación vascular en personas con diabetes, y pie diabético.

7. OBSERVACIONES.

Desde que se presenta el proyecto en su primera convocatoria, antes del 14-10-17, no se nos envía confirmación por correo electrónico de la recepción y aprobación del proyecto desde Comisión que valora los proyectos de calidad la Dirección General de Asistencia Sanitaria en Atención Primaria, sin saber si la valoración ha sido favorable o no favorable. Se escriben dos correos pidiendo una explicación o aclaración en octubre y diciembre de 2016, sin recibir respuesta.

En marzo de 2017 se reúne la DAP de Teruel y la coordinación del EAP de Albarracín, con motivo de diseñar y firmar el Contrato de Gestión de 2017. Se comenta que no se ve claro este proyecto, se deja fuera y se sustituye por otro proyecto propuesto por la DAP. En ningún momento se avisa, se comunica o se piden explicaciones al responsable del proyecto.

En junio de 2017 se vuelve a abrir la convocatoria de presentación de proyectos, incluyendo los de salud comunitaria. Se vuelve a mandar el formulario y entonces se recibe la respuesta favorable de que el proyecto ha sido recibido y aprobado.

Tras el verano no se han podido reiniciar las gestiones necesarias para retomar el proyecto y volver a impulsarlo. Se va a iniciar el 2018.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1446 ===== ***

Nº de registro: 1446

Título
MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE LOS NIVELES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA INCREMENTAR LA AGILIDAD Y LA EFICIENCIA DE LA LECTURA Y ELABORACION DE LOS INFORMES DE LAS RETINOPATIAS DIABETICAS

Autores:
CASTILLON ALFAYE IGNACIO, SANCHEZ MOLINA EVA MARIA, LASHERAS BARRIO MONICA, DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA, RODRIGUEZ MANZANILLA JOSEFA, SENOSIAIN IBAÑEZ JESUS, ORTE GUERRERO JAVIER, PEREZ LAZARO CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Diabetes
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos, Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Mejoría comunicación y coordinación entre AP y AE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1446

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE LOS NIVELES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA INCREMENTAR LA AGILIDAD Y LA EFICIENCIA DE LA LECTURA Y ELABORACION DE LOS INFORMES DE LAS RETINOPATIAS DIABETICAS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde que se instaura en el Sec.Teruel la retinografía diabética extrahospitalaria y se plantea desde qué nivel sanitario deben hacerse los informes iniciales, surgen una serie de deficiencias comunicativas entre la AP y la AE. El Sº de Oftalmología (SO) del HOP Teruel se ve desbordado para realizar este trámite por la falta de personal y la cantidad de demanda sanitaria que tiene que asumir diariamente en su consulta cotidiana habitual. Desde la AP se ha venido realizando dicho trámite, inicialmente de forma remunerada y posteriormente de forma voluntaria. Hoy en día solo una MAP se encarga de la lectura y la elaboración de informes de las retinopatías diabéticas no midriáticas que se realizan en el todo el Sec.Teruel con la sobrecarga y retraso en el trabajo que esto conlleva, y las consecuencias en las deficiencias en el diagnóstico y el seguimiento de los y las pacientes con RD que pueden acarrear. Este proyecto pretende solventar y mejorar la comunicación entre los niveles de AP y AE respecto a esta técnica diagnóstica y de seguimiento, y con ello mejorar la eficacia y la eficiencia de los screenings para conservar la salud de las retinas de los pacientes diabéticos

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la comunicación entre el nivel de AP del Sec.Teruel (inicialmente desde el EAP Albarracín) con el SO del HOP Teruel
- Elaborar un protocolo o procedimiento para incrementar la agilidad y la eficiencia en la presentación de los informes de las retinografías diabéticas realizadas en la AP del Sec.Teruel (inicialmente desde el EAP Albarracín)
- Hacer una revisión y plan de mejora de las herramientas y programas informáticos que se están utilizando para la lectura y elaboración de informes de las RD desde los niveles de AE y AP.
- Crear una comisión de seguimiento en el Sector para evaluar periódicamente los logros y detectar las posibles deficiencias, errores e incoherencias del trabajo conjunto y coordinado entre la AP y la AE

MÉTODO

- Se plantea crear un directorio telefónico y de correos electrónicos
- Planificación de un cronograma de reuniones entre la AP y la AE para la elaboración del protocolo o procedimiento para aumentar la eficacia y eficiencia en la realización de los informes de las retinopatías diabéticas por parte de un grupo de trabajo elegido desde el SO del HOP Teruel y el EAP Albarracín.
- Revisión y evaluación conjunta y grupal de la vigencia y pertinencia de los actuales protocolos, algoritmos y procedimientos generados en el nivel I (SALUD) y las posibilidades de adaptarlo a la realidad del Sec.Teruel.
- Elaboración de un nuevo protocolo o procedimiento que incluya las aportaciones de este grupo de trabajo como son las retinografías artefactadas, errores diagnósticos, errores de citación, cronograma anual por subsectores, dudas desde el grupo de Lectores Especializados de AP, y otras incidencias que pueda surgir en el desarrollo de este trabajo.
- Realización de una sesión clínica en EAP Albarracín con la formación sobre la realización de informes de las retinografías diabéticas, las indicaciones y los algoritmos de la misma. Propuesta de que cada MAO inicie la lectura y elaboración del informe diagnóstico de RD de sus pacientes diabéticos, según las TIS que vayan ligadas a su plaza.
- Establecer con la DAP Teruel un plan de formación en el resto de EAPs a lo largo del 2017 para involucrar a más MAO de AP que puedan colaborar con la lectura y elaboración de informes de las RD realizadas en el Sector, y su organización por subsectores.

INDICADORES

- Actas de las reuniones del grupo de trabajo encargado de la elaboración del protocolo indicando sus participantes y sus contactos, así como el plan de trabajo para la mejora propuesta por este proyecto.
- Presentación del protocolo o procedimiento de colaboración y comunicación entre el SO del HOP Teruel y el EAP de Albarracín para el diagnóstico y seguimiento de la retinografía diabética a la DAP del Sec.Teruel y la Dirección del HOP Teruel.
- Evaluación de la pertinencia y utilidad del protocolo o procedimiento creado. Establecimiento de un Plan de mejora en cuanto al seguimiento de dicho protocolo o procedimiento.
- Establecimiento de un grupo de Lectores/as Especializados/as de la AP estratégicamente distribuidos/as por los distintos subsectores del Sec.Teruel, que puedan organizar y racionalizar el trabajo a realizar, así como tener disponible un canal de comunicación directo, bidireccional y efectivo con el nivel de AE del SO del HOP Teruel.

DURACIÓN

- 1º trimestre 2017: inicio del proyecto, creación del directorio de comunicación del proyecto, y consolidación del grupo de trabajo.
- 2º trimestre 2017: elaboración y presentación del protocolo o procedimiento de colaboración y comunicación entre el SO del HOP Teruel y el EAP Albarracín para el diagnóstico y seguimiento de la retinografía diabética
- 4º trimestre de 2017: evaluación y retroalimentación de la puesta en marcha del procedimiento. Presentación a la DAP Teruel y planteamiento de aplicarlo al resto de EAPs del Sec.Teruel. Finalización del proyecto

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1446

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COMUNICACION ENTRE LOS NIVELES DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA PARA INCREMENTAR LA AGILIDAD Y LA EFICIENCIA DE LA LECTURA Y ELABORACION DE LOS INFORMES DE LAS RETINOPATIAS DIABETICAS

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 - 2016/1724

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS, RCP BASICO Y DESA

Fecha de entrada: 02/01/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ MOLINA EVA MARIA
ORTE GUERRERO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicialmente se tuvieron reuniones con los responsables municipales de Jabaloyas, Valdecuencia, Griegos, Guadalaviar, Villar del Cobo y Bronchales. Los responsables de estos contactos fuimos los/as médicos/as de dichos pueblos (Mónica, Javier y Carolina). De la misma manera se contactó y se hizo una reunión con el AMPA de Albarracín (hizo el contacto Elena) y con los profesores de Orihuela del Tremedal (Katia). También se realizaron llamadas e e-mails con la responsable del IES de Albarracín (Eva y Mónica). En todos estos contactos se acordaron los contenidos de las sesiones, número de ellas, horarios, fechas, duración, etc. Se coordinó con el Club de Montaña de Teruel (Nacho) y con secretaría de SAMFC (Mónica), para el préstamo, recogida y devolución de los muñecos para practicar la RCP y simulador de DESA. En las reuniones del grupo de comunitaria se iban comentando los avances en la coordinación de los talleres y se hizo el reparto de los profesionales que íbamos a dar cada sesión. Para la preparación de los materiales de las sesiones, Mónica hizo un primer boceto y después, vía telemática se fueron completando, modificando...

Para cada una de las sesiones fue necesaria previamente su difusión para que asistiera el mayor número de participantes posible. Para ello se colocaron carteles en los consultorios de cada pueblo en el que se realizó el taller. Se informó al consejo de salud de la realización de dichos talleres y las fechas de los mismos (los que se habían realizado y los pendientes de realizar). En algunos casos la difusión también fue vía telefónica, e-mail y/o WhatsApp (como es el caso del AMPA, el IES y los profesores de Orihuela). También se colgó la información en el blog de la asociación APSMA (Asociación para la Promoción de la Salud y el Medio Ambiente de la Sierra de Albarracín) <http://apsmasierraalbarraquin.blogspot.com.es/>. Y se fue comunicando al EAP (Equipo de Atención Primaria) las fechas y lugares de la realización de los talleres para ver si quería participar más gente o venir como observadora.

Los talleres realizados, sus lugares, fechas y responsables de los mismos fueron los siguientes:

- Jabaloyas: 29 de Septiembre de 2016; Mónica y Nacho.
- Valdecuencia: 04 de Octubre de 2016; Mónica.
- Guadalaviar: 03 de Abril de 2017; Javier y Katia.
- Villar del Cobo: 04 de Abril de 2017; Javier.
- Griegos: 05 de abril de 2017; Javier.
- IES Albarracín: 06 de abril de 2017; Mónica, Eva, Javier, Nacho y Elena. Vinieron de observadoras dos enfermeras del EAP. Gloria y Manoli.
- Profesores de Orihuela del Tremedal: 03 y 17 de mayo de 2017; Katia.
- AMPA de Albarracín: 23 de mayo de 2017; Elena y Nacho.
- Bronchales: 29 de mayo de 2017; Carolina y Katia.

Para la evaluación de los "alumnos" se redactaron 10 preguntas de test con 4 respuestas cada una, para valorar los conocimientos sobre Primeros Auxilios y RCP básica. Dicho "examen" se pasó previa y posteriormente a la realización del taller. También se elaboró una encuesta de satisfacción específica para estos talleres que se pasaron a los asistentes posteriormente del taller. Además, en casi todos los talleres fuimos por lo menos dos docentes, y uno de nosotros hacía de observador/colaborador de dicho taller. Esto nos ayuda a evaluar la manera de dar el taller del docente, además de las encuestas. Y por último, el 12 de junio 2017, en la reunión de APSMA se evaluó la idoneidad de dichos talleres, la duración y la posibilidad de seguir formando y haciendo repaso a personas interesadas.

Todos los materiales utilizados en los talleres: power point, encuestas de satisfacción y test fueron elaborados por nosotros. La presentación fue realizada basándonos en guías de práctica clínica y según las recomendaciones de la ERC 2015 (Consejo Europeo de Resucitación). También se utilizaron videos de you tube para la simulación del uso del DESA y para el ritmo del masaje cardiaco. En la presentación enlazaba a un juego on line sobre primeros auxilios de Cruz Roja (https://www.cruzroja.es/cre/2006_7_FR/matcurfad/juegoppaa/castellano/creuroja_cd.swf) y de e-UCM (<http://www.e-ucm.es/firstAidGame/play.html>). Los muñecos de adulto y de niño, así como el simulador de DESA fueron prestados pero los usamos en todos los talleres, dada la importancia de practicar la RCP. También, posteriormente al taller, se les entregó un esquema de actuación en caso de una parada para que lo pudieran tener en su casa, cartera, etc. Este esquema fue sacado de la ERC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han formado sobre Primeros Auxilios, RCP básica y uso de DESA a un total de 164 personas. Que si consideramos que tenemos unas 3028 TIS en nuestra ZBS, corresponde al 5.42% de la población. Según cada sesión el total y las características de la población ha sido la siguiente.

- Jabaloyas: 23 participantes; muy heterogenea a nivel de edades y de permanencia en la sierra durante el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1724

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS, RCP BASICO Y DESA

invierno; las personas clave del pueblo y que viven todo el año fueron formadas.

- Valdecuencia: 6 participantes; 5 mujeres y 1 hombre; la mayoría jóvenes y que viven de manera permanente en el pueblo.
- Guadalaviar: 20 participantes; muy heterogénea a nivel de edades; la mayoría viven de manera permanente en el pueblo.
- Villar del Cobo: 5 participantes; las personas clave y que viven en el pueblo fueron formadas.
- Griegos: 25 participantes; muy heterogénea a nivel de edades; las personas clave del pueblo y que viven todo el año fueron formadas.
- IES Albarracín: 44 alumnos y 5 profesores; chicos y chicas de 12 a 15 años que viven en diferentes pueblos de la Sierra de Albarracín.
- Profesores de Orihuela del Tremedal: 11 participantes; de ambos sexos; aunque la mayoría no viven en la Sierra de Albarracín pasan muchas horas a la semana en el centro educativo.
- AMPA de Albarracín: 15 participantes; madres y padres que viven en Albarracín.
- Bronchales: 10 participantes; de ambos sexos; edades medias; la mayoría residentes durante todo el año en el pueblo..

Para la evaluación de las competencias adquiridas pasamos un test de 10 preguntas a modo de "examen" antes de realizar el taller y el mismo después de hacerlo. Los conocimientos adquiridos valorados fueron adecuados ya que 90% de los participantes mejoró o igualó la puntuación inicial. La valoración de la adquisición de habilidades para la realización de la RCP se fue evaluando, por parte de los docentes y/o observadores, mientras se hacía la práctica con los muñecos.

También se pasaron tras el taller unas encuestas de valoración de la actividad. En las encuestas de valoración todos los participantes marcan como muy útil la realización de esta actividad porque la realidad de nuestra ZBS es que está muy dispersa y lejos de los recursos sanitarios, sobre todo algunos pueblos, y de sobra es sabido que si les damos las herramientas para actuar lo antes posible puede mejorar el pronóstico de dichas urgencias. En las observaciones sobre todo insisten en la realización periódica de esta actividad, ya que son maniobras que, por suerte, no se necesitan aplicar habitualmente, y se olvidan.

En los pueblos que existe DESA conseguimos articular un "protocolo" de actuación si se diera el caso de una parada. Se quedó acordado y en conocimiento de todos de quien tenía la llave para poderlo sacar y utilizar. Con respecto a los objetivos planteados, los tres se han cumplido, tal y como he desarrollado anteriormente. La implicación de la población en la preparación y en la difusión, fue de acuerdo a lo esperado. Y durante los talleres se fomentó mucho la resolución de dudas, el compartir experiencias, el aprender según lo vivido... Sobre todo en la parte de Primeros Auxilios. Y en la parte de la RCP al hacer la práctica, sí o sí tienen que participar de manera activa. No hay que olvidar que la actividad surge de la demanda y necesidad de la población, por lo que siempre hay mayor motivación e implicación a la hora de realizarla.

En muchas de las encuestas de satisfacción nos han hecho ver que no hemos llegado a conseguir que la gente sienta que sabe usar el desfibrilador. A pesar de llevar simulador y ver vídeo, parece que no es suficiente para que la gente se sienta segura de usarlo. Probablemente esto sea difícil de cambiar, porque o lo haces de verdad o esa percepción creemos que siempre va a ser así. Pero necesitamos profundizar en el tema e investigarlo para poder cambiar dicho sentir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos muy satisfechos/as con la actividad realizada ya que como la demanda surgió de la población, ha tenido una gran aceptación y participación. Como nos han hecho saber que hay una necesidad de seguir formándose y reciclándose periódicamente, nos planteamos hacer de manera anual o bianual dicha actividad en estos mismos pueblos/entidades. En aquellos lugares que no se ha realizado y que quieren, estamos dispuestos a darlo a lo largo del 2018.

También nos hemos dado cuenta que el material es bastante extenso, y que tal vez es dar demasiada información a personas que no están acostumbradas a ello. Por esto hemos decidido optar o por reducir el material de Primeros Auxilios para practicar más con los muñecos la RCPb y el uso de DESA o por hacerlo en 2 sesiones (una de Primeros Auxilios y otra de RCPb y DESA). Optaremos por cada una de estas opciones según las necesidades y disponibilidad de cada colectivo.

Ha habido algunos errores o discrepancias entre nosotros con respecto a los materiales, y lo hemos ido solventando conforme hacíamos los talleres en más lugares.

Con respecto a la formación de jóvenes, vemos que es importante y que pueden ser de gran ayuda en sus comunidades, pero se lo toman menos en serio y debemos hacer más práctica y menos teoría. Sobre todo en este colectivo tenemos que ser muy dinámicos y favorecer la participación de los mismos.

Lo que tiene que quedar muy claro y da valor a nuestro trabajo es que por mucho que parezca que son unos talleres de unas horas, estos tienen mucho trabajo previo a la actividad: de preparación de materiales, de estudio, de gestión y búsqueda de los muñecos, de coordinación con las entidades... Y ello debemos hacerlo llegar a nuestros compañeros/as y a nuestros superiores para que sea valorado.

7. OBSERVACIONES.

Vuelvo a mandar la memoria definitiva (ahora es final, me confundí, y en la anterior debería haber puesto de seguimiento) después de haber hecho el curso de Evaluación de proyectos de Actividades Comunitarias con Javier Gallego, según me dijo había hablado con Javier Quintín.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1724 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1724

1. TÍTULO

TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS, RCP BASICO Y DESA

Nº de registro: 1724

Título
TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA

Autores:
LASHERAS BARRIO MONICA, CASTILLON ALFAYE IGNACIO, SANCHEZ MOLINA EVA MARIA, ESTEVA DE ANDRES ELENA, DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA, ORTE GUERRERO JAVIER, PEREZ LAZARO CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DADA LA DISPERSIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA ZONA, HEMOS PENSADO EN LA NECESIDAD DE FORMAR A LOS HABITANTES DE LA SIERRA EN PRIMEROS AUXILIOS, RCP BÁSICO Y USO DEL DESA, YA QUE EN MUCHAS OCASIONES LA ASISTENCIA MÉDICA NO PUEDE DARSE DE FORMA INMEDIATA.

RESULTADOS ESPERADOS
EL PROYECTO VA DIRIGIDO A LA POBLACIÓN DE LA SIERRA DE ALBARRACÍN, SE PRETENDE MEJORAR LA ATENCIÓN EN CASO DE NECESIDAD URGENTE DE RECIBIR PRIMEROS AUXILIOS, HASTA LA LLEGADA DEL PERSONAL SANITARIO.

MÉTODO
SE REALIZARAN TALLERES CON POWER POINT PRESENTANDO COMO SE REALIZAR PRIMEROS AUXILIOS BASICOS, EN ALGUNAS SESIONES SE USARÁ UN SIMULADOR DESA Y SE VISUALIZARÁ UN VIDEO DE COMO SE USA EL MISMO. SE EXPLICARÁ LA CADENA DE SUPERVIVENCIA Y LA REALIZACIÓN DE RCP BÁSICA Y SU SECUENCIA. TRAS LA PARTE TEÓRICA SE REALIZARÁN PRÁCTICAS CON MUÑECOS Y ENTRE LOS PARTICIPANTES SE PRACTICARÁ LA POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD Y LA MANIOBRA DE HEIMLICH.

INDICADORES
SE REALIZARAN UNAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE LA ACTIVIDAD Y UN TEST DE 10 PREGUNTAS PARA VALORAR CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS PRE Y POST SESIÓN.

DURACIÓN
EL CALENDARIO SE REALIZARA A LO LARGO DE 2016-2017
LA RESPONSABLE DEL PROYECTO ES LA DRA MÓNICA LASHERAS BARRIO.

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 - 2016/1725

1. TÍTULO

MARCHAS SALUDABLES EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

Fecha de entrada: 17/02/2018

2. RESPONSABLE CAROLINA PEREZ LAZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALBARRACIN
· Localidad ALBARRACIN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA
CASTILLON ALFAYE IGNACIO
ESTEVA DE ANDRES ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

LUGAR, FECHA DE REALIZACION Y NÚMERO APROXIMADO DE PARTICIPANTES:

1- I MARCHAS EN ORIHUELA DEL TREMEDAL Y BRONCHALES

A desarrollar en mayo/junio de 2017, los lunes desde Orihuela del Tremedal y los Jueves desde Bronchales.

- Ruta el Royo: 11/05/2017; 11 participantes.
- Ruta Sierra Alta: 15/05/2017; 7 participantes.
- Ruta de las Setas: 22/05/2017; 6 participantes.
- Ruta Los Colladillos: 25/05/2017; 11 participantes.
- Ruta Los Pradejones; 01/06/2017; 11 participantes.

2- II SALIDA MEDIOAMBIENTAL NOCTURNA SIERRA DE ALBARRACÍN

Casa de la Comunidad en Tramacastilla.

HORARIO: 19:00 h - Charla sobre cielo profundo a cargo de Antonio Marín Franch (astrofísico del CECA y responsable del observatorio astrofísico de Javalambre).

20:30 h - Salida nocturna por el monte de Tramacastilla

FECHA: 23 de junio 2017.

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 18.

3- V SALIDA MEDIOAMBIENTAL DIURNA SIERRA DE ALBARRACÍN

FECHA, LUGAR Y HORARIO:

15/09/17 a las 18:30 h en la ermita de Moscardón - Charla debate sobre fitoterapia.

16/09/17 a las 9:00 hs en la plaza del pueblo de Moscardón - Salida para identificar especies vegetales.

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 25.

TOTAL DE PARTICIPANTES: 89.

METODOLOGÍA:

Se le informa a la población a través de carteles informativos de la actividad a realizar.

Se valoran rutas senderistas sencillas de fácil acceso adaptadas para la necesidad de cada actividad.

Se han administrado posteriormente encuestas de satisfacción para valorar las actividades realizadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos obtenido una participación de 3% de una población de 3028 TIS de nuestra ZBS.

De las actividades propuestas hay una alta satisfacción por parte de todos los participantes. En todo el momento se ha potenciado la actividad física, el contacto y el respeto por la naturaleza y el medio ambiente.

Dada la buena acogida de las Salidas Medio ambientales diurna y nocturna de los últimos años por la población de la Sierra de Albarracín hemos ampliado nuestras salidas introduciendo Rutas de fácil acceso que favorecen la actividad física e integración de los participantes.

Se ha intentado enriquecer el conocimiento de los participantes en temas de Astronomía, el cielo profundo y fitoterapia. Las charlas/debates realizadas en algunas actividades son consideradas importantes para favorecer la participación de los asistentes a las marchas y salidas medioambientales. Creemos que hemos dado una visión distinta de las actividades al aire libre.

.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Lecciones aprendidas, conclusiones y recomendaciones:

Apesar de la baja participación estamos muy satisfechos/as con las actividades realizadas. Consideramos que las actividades físicas realizadas de forma continuada y constante favorecen cierto control de la salud.

Hacer atractivas con charlas y coloquios hace con que haya más participación, comunicación e interacción entre los pueblos de la Sierra de Albarracín.

Realizar de manera rotativa en todos los pueblos de la Sierra de Albarracín puede ser una manera de dar a conocer nuestro proyecto y ampliar la población que se beneficiaría de esta actividad.

La dispersión de la población de esta ZBS y la climatología son desventajas que hubo para el desarrollo de la actividad.

En general, a la población que ha asistido a las diferentes actividades le gustaría mantener dicha actividad de manera periódica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1725

1. TÍTULO

MARCHAS SALUDABLES EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1725 ===== ***

Nº de registro: 1725

Título
MARCHAS SALUDABLES EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

Autores:
PEREZ LAZARO CAROLINA, CASTILLON ALFAYE IGNACIO, ESTEVA DE ANDRES ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En nuestra pirámide poblaciona, observamos un envejecimiento inequívoco de la población, que se acompaña de un deterioro físico progresivo, que está bien documentado y contrastado. Hay varios estudios que observaron una regresión de este deterioro con programas de actividad física. A través de estas marchas, esperamos integrar la actividad física, con la sociabilización de los participantes en un ambiente agradable de contacto con la naturaleza, utilizando rutas senderistas bien señalizadas y de fácil acceso y recorrido.

RESULTADOS ESPERADOS
Potenciar la importancia de la actividad física saludable en contacto con la naturaleza a la población adulta. Mejorar la adherencia al ejercicio físico, en un entorno agradable para todos. En algunos casos se aprovechan estas marchas para abarcar otros aspectos y ampliar los conocimientos de la población, en estos casos habrá unas charlas previas a la caminata.

MÉTODO
Se realizaran paseos a marcha leve o moderada, de acuerdo con la condición física de los participantes en distintos lugares de la Sierra de Albarracín. La duración aproximada será de una hora a una hora y media. En dos de las marchas se hará una charla previa, una de Astronomía, que irá acompañada de una caminata nocturna donde se podrá apreciar el cielo de Teruel, la otra tratará sobre plantas y botánica y en la marcha posterior se intentarán identificar distintas especies vegetales.

INDICADORES
Tras las marchas se pasaran unos cuestionarios de satisfacción para valorar si se cumplen los objetivos propuestos.

DURACIÓN
A lo largo 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 - 2016/1214

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MARCO CATALAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALFAMBRA
· Localidad ALFAMBRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARMENGOD VALERO MARIA JESUS
ESTEBAN PEREZ NURIA
HERRERO PEREZ ESMERALDA
MARTIN MUÑOZ GLORIA
ABADIA BERNUES CARMELO
HERNANDEZ RODRIGUEZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tal y como se planteó en el documento inicial, el personal del equipo ha realizado su propia formación en dispositivos de inhaladores mediante sesión clínica impartida por los propios componentes del equipo de mejora. Dicha sesión inicialmente estaba planificada para los meses de abril y mayo, pero por motivos de agenda (los jueves es el día que el EAP tiene reservado para la realización de las reuniones de equipo y de las sesiones clínicas), no pudo ser impartida hasta el 15 de junio.

El título de dicha sesión fue: "CARACTERÍSTICAS Y TÉCNICA CORRECTA DE USO DE LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS DE INHALACIÓN." Y "TALLER DE USO ADECUADO DE INHALADORES PARA PACIENTES". Quedó registrada en el documento MC-2_SA(P)E (normas ISO 9001) ACTA SESION CLINICA SC-8 15062017.

Posteriormente, tal y como se planteó en el proyecto inicial, se programó la realización de 3 talleres (con frecuencia trimestral) de educación grupal dirigidos a pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado (convencional o activado por la inhalación) o de polvo seco (unidosis o multidosis) .

El primer taller estaba programado para junio de 2017, pero dado el retraso en la presentación de la sesión y la llegada del periodo vacacional, con aumento importante de la población desplazada y el consiguiente aumento de la demanda asistencial, se decidió posponerlo para septiembre.

A lo largo de este mes de septiembre cada enfermera (apoyada por el médico correspondiente y por una médico residente de 2º año que estaba realizando su rotación rural) ha ido desarrollando los talleres en grupos hasta de 6 pacientes. Para ello, en primer lugar ha impartido la presentación "Taller de uso adecuado de inhaladores para pacientes" en la que se explica de forma sencilla las ventajas de la vía inhalada respecto a otras vías de administración, y la importancia de realizar una buena técnica de inhalación con su dispositivo. Asimismo, se expone un vídeo de la técnica de inhalación correcta para el inhalador que usa el grupo, y un material de refuerzo con dibujos y explicaciones sencillas para repasar dicha técnica. También se explican las nociones básicas de higiene bucal tras el uso de inhaladores, y de mantenimiento y conservación adecuada de los dispositivos.

Cada paciente ha acudido al taller con su inhalador y su cámara de inhalación (en caso de que la utilice) y ha realizado delante del sanitario la técnica de inhalación de forma supervisada a nivel individual, siendo corregido en aquellos aspectos en los que la técnica ha sido incorrecta.

Tras la visualización del vídeo se ha pasado un test a cada uno de los participantes con el fin de constatar sus conocimientos sobre el uso de inhaladores, cuestionario que se repetirá en los dos talleres posteriores para objetivar los conocimientos adquiridos a través del proceso de educación sanitaria y que se utilizarán para la evaluación de indicadores.

Los talleres realizados han quedado registrados en el documento MC-2_SA(P)E (normas ISO 9001) ACTA TALLERES DIRIGIDOS A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INHALADORES.

El segundo taller se realizó a lo largo del mes de enero de 2018. Se volvieron a citar en grupos de 6 pacientes en tratamiento con el mismo inhalador y se incluyeron a los pacientes nuevos que a lo largo de estos meses desde el primer taller han comenzado a usar inhaladores. Inicialmente se comprobó individualmente en cada paciente la técnica de inhalación, corrigiendo los errores en la misma. Posteriormente se impartió de nuevo la presentación "Taller de uso adecuado de inhaladores para pacientes" y se expuso el mismo vídeo sobre la técnica de inhalación correcta para el inhalador que usa el grupo. Finalmente se volvió a pasar el mismo test a cada uno de los participantes con el fin de conocer sus conocimientos y habilidades adquiridos en el uso de inhaladores después de las sesiones realizadas.

Queda programado el tercer y último taller para abril de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores clínicos que se van a utilizar para realizar la evaluación son los siguientes:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1214

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

1. Mejora del conocimiento del uso de inhaladores a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.
2. % pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>90%) según e-receta
3. % pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>80%)
4. % paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>70%)
5. % pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%)

Los indicadores clínicos se evaluarán a través de Historia clínica y receta electrónica y a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.

La evaluación de resultados se realizará a partir de mayo de 2018 hasta final del mismo año.

Por lo tanto, este proyecto continuará durante todo el año 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dado que se trata de un proyecto de seguimiento que todavía no ha concluido, en el momento actual no disponemos de resultados ni conclusiones ni posibles recomendaciones, pero hemos podido objetivar una excelente acogida por parte de los pacientes, con un gran porcentaje de participación e interés en la realización de la técnica de forma correcta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1214 ===== ***

Nº de registro: 1214

Título
EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

Autores:
MARCO CATALAN MARIA PILAR, ARMENGOD VALERO MARIA JESUS, ESTEBAN PEREZ NURIA, HERRERO PEREZ ESMERALDA, MARTIN MUÑOZ GLORIA, ABADIA BERNUES CARMELO, HERNANDEZ RODRIGUEZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAMBRA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Muchos pacientes con asma o EPOC consiguen beneficios incompletos con el tratamiento inhalado debido a una mala técnica de inhalación y ello compromete el control de estas patologías. La revisión regular de la técnica de inhalación es crucial, ya que la técnica correcta es una de las claves del control de dichas patologías.

De hecho, las causas principales de descompensación en los pacientes con asma-EPOC son: el abandono o infratilización del tratamiento por parte del paciente, el infratratamiento por parte del médico y, finalmente, una técnica de inhalación inadecuada.

Por ello, se han detectado por parte de los profesionales del EAP de Alfambra la necesidad de formación a los pacientes en el uso de inhaladores.

Por otro lado, la situación de partida en el diagnóstico de EPOC en el Sector de Teruel es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se han aunado esfuerzos para desarrollar una serie de proyectos con los objetivos comunes de mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores, con un aumento de la realización de espirometrías, y mejorar el tratamiento en este perfil de pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1214

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

El objetivo general es implantar un programa de educación grupal para el correcto manejo de inhaladores en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.

Objetivos específicos:

- 1.- Reducción del nº de reagudizaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.
- 2.- Reducción del nº de ingresos hospitalarios
- 3.-Mejoría del control de síntomas en el paciente estable
- 4.- Reducción del nº de pacientes que abandonan el tratamiento de base
- 5.-Reducción de la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis

MÉTODO

Se realizarán talleres de educación grupal compuestos por 2 a 4 pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado (convencional o activado por la inhalación) o de polvo seco (unidosis o multidosis) .

- * Cartucho presurizado: Autohaler o presurizado (Ventolín)
- * Polvo seco: Accuhaler, Turbuhaler, Novolizer, Twisthaler

En ellos, además de especificar concretamente el procedimiento de dispensación del medicamento, se propondrán las medidas necesarias de limpieza del dispositivo además de las necesidades del propio paciente después del mismo tratamiento.

Para la realización de estos talleres se dispondrá de los inhaladores propios de los pacientes y de una cámara espaciadora para exponer la inhalación con este tipo de material.

Previamente el personal del equipo realizará su propia formación en dispositivos de inhaladores mediante sesión clínica que impartirán los propios miembros del equipo.

Este tipo de talleres se realizará con frecuencia trimestral (3 en 2017) y se llevarán a cabo tanto por personal de médico como de enfermería.

INDICADORES

1. Mejora del conocimiento del uso de inhaladores a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.
2. % pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>90%) según e-receta
3. % pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>80%)
4. % paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>70%)
5. % pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%)

Los indicadores clínicos se evaluarán a través de Historia clínica y receta electrónica y a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.

DURACIÓN

Sesión clínica formativa en el uso de inhaladores: abril-mayo 2017

Primer taller para pacientes: junio 2017

Segundo taller para pacientes: octubre 2017

Tercer taller para pacientes: diciembre 2017

La evaluación de resultados se realizará a lo largo del año 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 - 2016/1214

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MARCO CATALAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALFAMBRA
· Localidad ALFAMBRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARMENGOD VALERO MARIA JESUS
ESTEBAN PEREZ NURIA
HERRERO PEREZ ESMERALDA
MARTIN MUÑOZ GLORIA
ABADIA BERNUES CARMELO
HERNANDEZ RODRIGUEZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 15 de junio de 2017 se realizó una sesión clínica (SC-15062017), aproximadamente de una hora y media de duración, impartida por un miembro del equipo de mejora de calidad dirigida a todos los profesionales facultativos y de enfermería del EAP de Alfambra. En dicha sesión se realizó un repaso de las características de los distintos sistemas de inhalación que en la actualidad están disponibles en el mercado; sus ventajas e inconvenientes, y se recordó la técnica de inhalación adecuada de cada uno de ellos, mediante vídeos y escenificación con dispositivos de placebo. También se explicó el mantenimiento que cada tipo de inhalador requiere, para la conservación en buenas condiciones de los mismos.

Después de la sesión clínica para los profesionales, se expuso otra presentación más breve que es la que se proyectó posteriormente en los talleres grupales dirigidos a los pacientes. En ella se explicaron de forma sencilla las ventajas de la vía inhalada respecto a otras vías de administración, y la importancia de realizar una buena técnica de inhalación con su dispositivo. Asimismo, se expuso un vídeo de la técnica de inhalación correcta para el inhalador que usa el grupo, y un material de refuerzo con dibujos y explicaciones sencillas para repasar dicha técnica. Este material se les dio impreso a los pacientes al finalizar el taller, para que puedan consultarlo cuando precisen. También se explicaron las nociones básicas de higiene bucal tras el uso de inhaladores, y de mantenimiento y conservación adecuada de los dispositivos.

Posteriormente se realizaron 3 talleres de educación grupal dirigidos a los pacientes (el primero en septiembre de 2017, el segundo en enero de 2018 y el tercero en abril de 2018). Fueron impartidos por los profesionales médicos y de enfermería, en algunos de ellos en colaboración con Médicos Residentes de segundo año de Medicina Familiar y Comunitaria que estaban realizando la rotación rural en nuestro centro en ese momento.

Para la planificación de dichos talleres se formaron varios grupos de pacientes (entre 2-4) distribuidos en los 5 cupos médicos de los que consta el EAP de Alfambra en función del sistema de inhalación que utilizasen. Los pacientes traían su propio inhalador y cámara espaciadora si fuera el caso. En primer lugar se les expuso la presentación dirigida a pacientes, después cada uno de ellos mostró como realizaba la técnica de inhalación, posteriormente el profesional de enfermería explicaba como era la técnica correcta para el inhalador en cuestión y lo comprobaba de forma individual en cada uno de los pacientes y finalmente se pasó un cuestionario para evaluar el conocimiento adquirido tras el taller.

A dichos talleres asistieron un total de 49 pacientes diagnosticados de EPOC y/o asma bronquial del total de los 65 pacientes incluidos en Cartera de Servicios de EPOC.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores clínicos utilizados se evaluaron a través de Historia Clínica de OMI-AP y receta electrónica, y a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos y fueron los siguientes:

1.- Mejora del conocimiento del uso de inhaladores a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos:

- 14 pacientes no mejoran su técnica tras la realización de los 3 talleres
- 22 pacientes si mejoran su técnica tras la realización de los 3 talleres
- 5 pacientes acudieron únicamente al primer taller y ya realizaban la técnica correcta
- 5 pacientes acudieron solo al primer taller y realizaban la técnica de forma incorrecta
- 5 pacientes acudieron únicamente al primer taller y no usaban el inhalador prescrito

Los motivos por los que la técnica de uso del inhalador fue incorrecta fueron los siguientes:

- 1ª causa: 30 pacientes no realizaban apnea post-inhalación
- 2ª causa: 20 pacientes no realizaban espiración previa
- 3ª causa: 9 pacientes no realizan enjuague bucal
- 4ª causa: 2 pacientes no realizaban una inspiración lenta
- 5ª causa: 2 pacientes pulsaban varias veces

2.- % de pacientes que retiran las recetas de inhaladores en tiempo correcto según e-receta:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1214

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

Solo 42 pacientes retiran los inhaladores a tiempo, lo que supone un 85%, por lo que no se alcanza el objetivo mínimo establecido del 90%.

3.- % de pacientes que reducen nº de agudizaciones respecto al año anterior:

39 pacientes han sufrido menos agudizaciones en 2018 respecto a 2017, lo que supone el 79,59%, por lo que prácticamente se alcanza el objetivo propuesto del 80%.

4.- % de pacientes que reducen el nº de ingresos hospitalarios respecto al año anterior:

En 2017, 12 pacientes tuvieron por lo menos un ingreso hospitalario, en 2018, 6 pacientes requirieron un mínimo de un ingreso, lo que supone una reducción del 50% del número de pacientes que sufren al menos un ingreso. No se alcanza el objetivo de una reducción del 70% de los ingresos.

5.- % de pacientes que reducen el nº de episodios de candidiasis orofaríngeas:

Durante el año 2017 en 10 pacientes hay registrado, por lo menos, un episodio de candidiasis orofaríngea, en 2018, son 6 los pacientes en los que se ha registrado, lo que supone una reducción del 60%, por lo que tampoco se alcanza el objetivo de reducir en un 80% los pacientes que han sufrido menos episodios de candidiasis orofaríngea.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Reseñar que el seguimiento de los pacientes solo pudo realizarse hasta fin de octubre de 2018 (y no hasta diciembre, tal y como se indicó en el proyecto inicial), ya que la coordinadora del proyecto cambió el lugar de trabajo y ya no pudo acceder en OMI-AP a los pacientes incluidos en el estudio, lo que supone un sesgo en el análisis de los datos, ya que noviembre y diciembre son meses fríos en los que aumenta la patología respiratoria y las reagudizaciones.

Hemos encontrado una prevalencia de EPOC en el EAP Alfambra del 5,27% (con diferencias entre cupos del 1,72% a 9,69%), prevalencia que es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN (9,1%).

Del total de 65 pacientes diagnosticados de EPOC e incluidos en Cartera de Servicios, 49 acudieron a los talleres.

En nuestros pacientes hemos encontrado que el error más frecuente es no realizar correctamente la apnea tras la inhalación, detectándose en el 59,8% de los casos, datos semejantes a los encontrados en otros estudios (57,2%) en los que sigue siendo también el error más frecuente. Curiosamente es un error que no tiene relación con el dispositivo en sí que se esté usando, ya que depende exclusivamente de que el paciente tenga ese conocimiento o no.

Cabe destacar también que la mayoría de nuestros pacientes no tiene estudios o bien, tienen solo estudios primarios y muchos de ellos son de edades avanzadas. Por tanto, nos encontramos con pacientes donde la labor educativa debe ser aún mayor, continua y acorde a sus necesidades.

Hemos observado que los errores cometidos en la técnica de inhalación con los dispositivos de comercialización más reciente (Ellipta®, Genuair®, Respimat®) son equiparables a los tradicionales (Accuhaler®, cartuchos presurizados y Turbuhaler®).

El número tan elevado de errores que se cometen al usar los inhaladores nos hace pensar que la efectividad de los tratamientos es inferior a la deseada, de hecho, un elevado número de nuestros pacientes creen que su problema de salud no está bien controlado, aunque algunos de ellos tienen la percepción de no estar enfermos o de que el inhalador no sirve para nada.

Pensamos que gran parte del problema radica en la falta de conocimiento de la técnica de terapia inhalada por parte de médicos y enfermeras, lo que puede generar un mal cumplimiento terapéutico y una escasa adherencia al tratamiento, lo que se traduce en un aumento en el número de reagudizaciones, hospitalizaciones y riesgo elevado de mortalidad.

Concluir finalmente que la elección adecuada del dispositivo a las características del paciente y el conocimiento de la técnica inhalatoria es imprescindible en el facultativo que lo prescribe, con el objetivo de conseguir un buen uso del dispositivo y una técnica correcta por parte del paciente. El personal de enfermería puede jugar un papel fundamental en dicha enseñanza. Pero, además, el paciente debe tener un conocimiento mínimo sobre su enfermedad y el tratamiento con terapia inhalada y comprender el sentido que ésta juega en la evolución de su enfermedad y en la prevención de las agudizaciones.

Creemos que nuestra intervención ha mostrado eficacia y ha contribuido a mejorar la adherencia al tratamiento y que con un pequeño cambio en los conocimientos del uso de los inhaladores podemos tener un efecto beneficioso a largo plazo. Por ello, aunque este proyecto queda finalizado, tenemos intención de implementar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1214

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

este programa de educación grupal en uso de inhaladores en nuestro EAP.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1214 ===== ***

Nº de registro: 1214

Título
EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

Autores:
MARCO CATALAN MARIA PILAR, ARMENGOD VALERO MARIA JESUS, ESTEBAN PEREZ NURIA, HERRERO PEREZ ESMERALDA, MARTIN MUÑOZ GLORIA, ABADIA BERNUES CARMELO, HERNANDEZ RODRIGUEZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAMBRA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Muchos pacientes con asma o EPOC consiguen beneficios incompletos con el tratamiento inhalado debido a una mala técnica de inhalación y ello compromete el control de estas patologías. La revisión regular de la técnica de inhalación es crucial, ya que la técnica correcta es una de las claves del control de dichas patologías.

De hecho, las causas principales de descompensación en los pacientes con asma-EPOC son: el abandono o infrutilización del tratamiento por parte del paciente, el infratratamiento por parte del médico y, finalmente, una técnica de inhalación inadecuada.

Por ello, se han detectado por parte de los profesionales del EAP de Alfambra la necesidad de formación a los pacientes en el uso de inhaladores.

Por otro lado, la situación de partida en el diagnóstico de EPOC en el Sector de Teruel es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se han aunado esfuerzos para desarrollar una serie de proyectos con los objetivos comunes de mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores, con un aumento de la realización de espirometrías, y mejorar el tratamiento en este perfil de pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo general es implantar un programa de educación grupal para el correcto manejo de inhaladores en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.

Objetivos específicos:

- 1.- Reducción del nº de reagudizaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.
- 2.- Reducción del nº de ingresos hospitalarios
- 3.-Mejoría del control de síntomas en el paciente estable
- 4.- Reducción del nº de pacientes que abandonan el tratamiento de base
- 5.-Reducción de la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis

MÉTODO

Se realizarán talleres de educación grupal compuestos por 2 a 4 pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado (convencional o activado por la inhalación) o de polvo seco (unidosis o multidosis) .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1214

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

- * Cartucho presurizado: Autohaler o presurizado (Ventolín)
- * Polvo seco: Accuhaler, Turbuhaler, Novolizer, Twisthaler

En ellos, además de especificar concretamente el procedimiento de dispensación del medicamento, se propondrán las medidas necesarias de limpieza del dispositivo además de las necesidades del propio paciente después del mismo tratamiento.

Para la realización de estos talleres se dispondrá de los inhaladores propios de los pacientes y de una cámara espaciadora para exponer la inhalación con este tipo de material.

Previamente el personal del equipo realizará su propia formación en dispositivos de inhaladores mediante sesión clínica que impartirán los propios miembros del equipo.

Este tipo de talleres se realizará con frecuencia trimestral (3 en 2017) y se llevarán a cabo tanto por personal de médico como de enfermería.

INDICADORES

1. Mejora del conocimiento del uso de inhaladores a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.
2. % pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>90%) según e-receta
3. % pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>80%)
4. % paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>70%)
5. % pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%)

Los indicadores clínicos se evaluarán a través de Historia clínica y receta electrónica y a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.

DURACIÓN

Sesión clínica formativa en el uso de inhaladores: abril-mayo 2017
Primer taller para pacientes: junio 2017
Segundo taller para pacientes: octubre 2017
Tercer taller para pacientes: diciembre 2017
La evaluación de resultados se realizará a lo largo del año 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 - 2016/1215

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS EN PACIENTES DIABETICOS CON GLUCOMETRO

Fecha de entrada: 16/02/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCO CATALAN MARIA PILAR
ARMENGOD VALERO MARIA JESUS
HERRERO PEREZ ESMERALDA
SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Difundir el protocolo de diabetes entre los profesionales mediante una sesión clínica.

-Instaurar un programa informático para el control, por parte de los profesionales; de la dispensación de tiras.

-Sesión formativa para el uso del programa informático.

-Difundir entre los profesionales el protocolo del número controles y uso de tiras según las características del paciente.

-Sesiones de educación diabetológica a nuestros pacientes

Implantación

-Se iniciará con las sesiones clínicas para la formación de los profesionales, que deberán estar realizadas antes de Junio de 2017.

-Se elaborará el contenido de las sesiones grupales, así como los test de evaluación, y se realizarán las sesiones hasta finales de Septiembre de 2017.

-Desde Octubre, se realizarán los cálculos de los indicadores, para tener finalizado el proyecto a finales del año 2017.

-Se iniciará con las sesiones clínicas para la formación de los profesionales, que deberán estar realizadas antes de Junio de 2017.

Con respecto al desarrollo del proyecto y cumplimiento de fechas previstas, al no disponer del programa informático para el control de tiras que debía proporcionar informática, se decide esperar hasta después del verano a realizar la sesión formativa a los

profesionales.

A falta del programa informático, y para poder cumplir el resto del calendario propuesto se decide seguir a pesar de no contar con el programa; se da la sesión formativa a los profesionales el día 7 de Septiembre mediante presentación powerpoint sobre la dispensación de tiras y sobre las últimas novedades en educación diabetológica, y se facilita un dossier con la información sobre educación diabetológica desarrollada y actualizada, y una presentación power point para utilizar en las sesiones grupales.

A fecha de cierre del proyecto (Diciembre 2017, sigue sin existir dicho programa informático).

Durante este mes de septiembre, se realizaron los talleres grupales con los pacientes, mediante el uso de una presentación power point, que se presentó y facilitó, también en la sesión del 7 de Septiembre.

Y durante los meses de Noviembre y Diciembre se elaboraron los indicadores y resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El día 7 de Septiembre se realizó en el Centro de Salud de Alfambra una sesión clínica para los profesionales, en el que se precisó cómo han de distribuirse las tiras para el control glucémico en función de la Instrucción del 21 de Mayo de 2013, de la Dirección de Continuidad Asistencial del SALUD (Anexo 1).

En dicha sesión también se trabajó con la presentación que se utilizaría para las sesiones grupales con los pacientes, y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1215

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS EN PACIENTES DIABETICOS CON GLUCOMETRO

una guía con información más extendida que se envía a los profesionales.

Se realizaron 6 sesiones en los diferentes pueblos, cubriendo así toda la zona que asiste Centro de Salud de Alfambra y su PAC. El total de asistentes a la sesión, todos ellos diabéticos con glucómetro, fue de 56 personas. Las sesiones se distribuyeron de la siguiente forma:

- Sesión grupal en Alfambra 26/10/2017
- Sesión grupal en Escorihuela: 25/10/2017
- Sesión grupal en Argente: 12/09/2017
- Sesión grupal Alpeñés: 19/09/2017
- Sesión grupal en Perales: 11/10/2017
- Sesión grupal en Pancrudo: 09/10/2017

Los indicadores

-Indicador de control glucémico:

Pacientes diabéticos con glucómetro con hemoglobina glicosilada realizada en últimos 6 meses: 33
Nº de pacientes diabéticos con glucómetro: 56

-Indicador del buen seguimiento de enfermería

Pacientes diabéticos con glucómetro PCE Diabetes conocimientos deficientes correctamente realizado: 55
Nº de pacientes diabéticos con glucómetro: 56

-Indicador de captación

Pacientes diabéticos con glucómetro que asisten a la sesión grupal: 36
Nº de pacientes diabéticos con glucómetro: 56

-Indicador de educación grupal (test de conocimientos previos y test al final del taller)

Número de preguntas acertadas pre-test 7,82
Número de preguntas del test 10

Número de preguntas acertadas pos-test 9,25
Número de preguntas del test 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La elaboración de los indicadores se ha realizado con los datos proporcionados en las diferentes sesiones realizadas y comparadas con los datos de cumplimiento que aparecen registrados en el cuadro de mandos.

Con respecto a los resultados, se ha observado una buena participación de los pacientes en las sesiones (65%), un buen seguimiento de enfermería objetivado por la correcta cumplimentación del PCE Conocimientos de diabetes (98%), y buena eficacia de las sesiones grupales educativas impartidas, objetivada con la mejora del porcentaje de acierto de las preguntas en el pos-test (92,5%), frente al realizado previamente a la sesión (78,2%).

El peor resultado obtenido, es el relativo al número de pacientes con hemoglobina glicosilada en los últimos seis meses. Sólo el 59% de los pacientes con glucómetro tienen realizado, según los datos del cuadro de mandos, una determinación de hemoglobina glicosilada en los últimos 6 meses.

Con respecto a este indicador, hay varios factores que pueden influir en su cumplimiento: el paciente ha podido realizarse la determinación, pero no ha habido una correcta cumplimentación de datos desde OMI; el paciente no quiere realizarse la determinación o no acude por la consulta; o en el momento de la realización de los indicadores, todavía no se habían realizado las determinaciones que correspondían a los 6 meses.

De cualquier modo, como medida para afrontar este problema, en diferentes reuniones de equipo, se comenta la necesidad de insistir en este indicador, y por parte de enfermería (que puede tener contacto más frecuente con estos pacientes), se derivará al médico a todo aquel paciente que se detecte que no tiene dicha determinación.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1215

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS EN PACIENTES DIABETICOS CON GLUCOMETRO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1215 ===== ***

Nº de registro: 1215

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS EN PACIENTES DIABETICOS CON GLUCOMETRO

Autores:
ESTEBAN PEREZ NURIA, MARCO CATALAN MARIA PILAR, ARMENGOD VALERO MARIA JESUS, HERRERO PEREZ ESMERALDA, SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAMBRA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La diabetes es una enfermedad de alta prevalencia. Sus características, diagnóstico, tratamiento y control, requieren en un alto porcentaje de los pacientes, un seguimiento permanente del nivel de glucosa en sangre. El auto-análisis está dirigido a mejorar el auto-control del paciente, con el objetivo de promover la responsabilidad y su autonomía en el cuidado de la enfermedad. La auto-medición de la glucemia capilar mediante el uso de tiras reactivas, es un instrumento esencial para verificar las variaciones de la glucemia. Es útil, tanto como instrumento para el ajuste del tratamiento inicial, como para el auto-control en aquellos pacientes con voluntad y capacidad para ello, pero siempre dentro de un programa de educación terapéutica específico y estructurado, y guiado y controlado desde el equipo de Atención Primaria. La recomendación se debe individualizar a cada paciente y el número de mediciones de los niveles de glucosa deberá adecuarse a cada persona en función de su edad, del tipo de diabetes, de su estilo de vida, tratamiento y metabolismo con el fin de alcanzar el objetivo de salud que se persigue. El problema reside, en aquellos pacientes, que pensando que pueden realizarse sus auto controles, no precisan del revisión por parte de los profesionales del equipo de Atención Primaria. Para ello, en este proyecto, nos basaremos en la Instrucción del 21 de Mayo de 2013, de la Dirección de Continuidad Asistencial del SALUD, por la que se regula la distribución, suministro y control del consumo de tiras reactivas para la medición de glucemia capilar en personas con diabetes, a los equipos de Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo general del proyecto es optimizar el consumo de tiras reactivas para el control de glucemia en pacientes diabéticos con glucómetro.

Como objetivos específicos pretendemos:

- Mejorar el control glucémico de nuestros pacientes
- Mejorar la adherencia de estos pacientes a la consulta de enfermería
- Mejorar la coordinación médico-enfermera
- Mejorar la educación diabetológica
- Individualizar el número de controles de glucemia que deben realizarse los pacientes, según sus características personales y siguiendo el protocolo propuesto por el SALUD.

MÉTODO

- Difundir el protocolo de diabetes entre los profesionales mediante una sesión clínica.
- Instaurar un programa informático para el control, por parte de los profesionales, de la dispensación de tiras.
- Sesión formativa para el uso del programa informático.
- Difundir entre los profesionales el protocolo del número controles y uso de tiras según las características del paciente.
- Sesiones de educación diabetológica a nuestros pacientes

INDICADORES

- Registro de las sesiones realizadas.
- Indicador de control glucémico:
pacientes diabéticos con glucómetro con hemoglobina glicosilada realizada en últimos 6 meses/

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1215

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE TIRAS REACTIVAS EN PACIENTES DIABETICOS CON GLUCOMETRO

- Indicador del buen seguimiento de enfermería
nº de pacientes diabéticos con glucómetro
pacientes diabéticos con glucómetro con plan de cuidados de enfermería del paciente diabético correctamente realizado/
- Indicador de captación
nº de pacientes diabéticos con glucómetro
pacientes diabéticos con glucómetro que asisten a la sesión grupal/
- Indicador de educación grupal (test de conocimientos previos y test al final del taller)
nº de pacientes diabéticos con glucómetro
número de preguntas acertadas pre-test
número de preguntas del test/
número de preguntas acertadas pos-test
número de preguntas del test

DURACIÓN

- Se iniciará con las sesiones clínicas para la formación de los profesionales, que deberán estar realizadas antes de Junio de 2017.
- Se elaborará el contenido de las sesiones grupales, así como los test de evaluación, y se realizarán las sesiones hasta finales de Septiembre de 2017.
- Desde Octubre, se realizarán los cálculos de los indicadores, para tener finalizado el proyecto a finales del año 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 - 2016/1162

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA Y MANEJO DESA

Fecha de entrada: 08/01/2018

2. RESPONSABLE CARLOS CASTRO LOPEZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS ALIAGA
• Localidad ALIAGA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLERA BUESO GUILLERMINA
SORIANO SORLI FRANCISCO
ORTIZ DOMINGUEZ LAURA
CHACON FORNES MARIA FELISA
PUPO ALVAREZ JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Organización:
 - ? En el Consejo de Salud de Zona de Aliaga de fecha 22 de Dic. de 2016, varias alcaldías solicitan la realización de un nuevo taller formativo sobre RCP Básica y de manejo de los desfibriladores con los que se dotó a las localidades de la zona de salud de Aliaga en el 2014. El coordinador médico del CS de Aliaga D. Carlos Castro se compromete a poner en marcha dicha iniciativa.
 - ? En Reunión de Equipo del CS de Aliaga de fecha 24 de Ene. de 2017, el coordinador médico trasmite al equipo la solicitud del CSZ de Aliaga y se propone crear un grupo de trabajo sobre el tema.
 - ? Durante el mes de Febrero de 2017 se crea el grupo de trabajo con personal sanitario del CS de Aliaga y se nombra a D. Carlos Castro como responsable del proyecto. Se plantean los objetivos, metodología, búsqueda de material didáctico y concreción del plan de actuación. También se contacta con el coordinador médico del CS. De Utrillas para el préstamo de maniqués para las prácticas de RCP.
 - ? El 22 de Marzo de 2017 se realiza la solicitud de inclusión en el Programa de Gestión de Proyectos comunitarios en el Servicio Aragonés de Salud -2016.
- Comunicación:
 - ? En el Consejo de Salud de Zona de Aliaga de fecha 30 de May. de 2017, se informa a los miembros del consejo de la puesta en marcha del proyecto comunitario. En el se explica el cronograma del proyecto y se pide la difusión a través de los ayuntamientos y de las asociaciones culturales representadas.
 - ? Difusión a través de trípticos colocados en los ayuntamientos y consultorios locales de la zona, del inicio del plazo de inscripción. Junio -Agosto 2017.
- Intervención:
 - ? Revisión de los desfibriladores semiautomáticos y de su equipamiento. Control de caducidades. Responsables los enfermeros de zona Francisco Soriano y Guillermina Llera. Junio 2017.
 - ? Revisión de mantenimiento de los desfibriladores por el servicio de electromedicina de Atención Primaria del Sector Teruel el 30 de junio de 2017.
 - ? Realización del curso formativo teórico-práctico en grupos de RCP básica y manejo de DESA en el CS de Aliaga con participación de todo el equipo de trabajo. Jueves 28 de Septiembre del 2017 de 18:00 a 20:00 de la tarde.
- Evaluación:
 - ? Evaluación mediante encuesta de satisfacción y debate de posibles propuestas de mejora realizados a la finalización del curso.
 - ? Valoración participación: Porcentaje de población de la zona que realiza el curso.
 - ? Cobertura: Porcentaje de localidades de la zona con presencia en el curso de al menos un asistente.
- Recursos:
 - ? Equipo informático y proyector del CS. De Aliaga.
 - ? Material para practicas: Maniqués para prácticas de RCP Básica, desfibrilador semiautomático y equipamiento básico adjunto (palas, tijeras, mascarillas, etc.).
 - ? Presentación "Curso de Soporte Vital Básico y desfibrilación externa automática" de la Sociedad Española de Medicina de Familiar y Comunitaria, que sigue las recomendaciones de la ERC 2010.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mediante la difusión del proyecto y la realización del taller se ha buscado sensibilizar a la población de la zona de la importancia que el soporte vital básico (SVB) y la desfibrilación (DEA) tienen para poder evitar la muerte de las víctimas de una parada cardiorrespiratoria. Con este segundo taller se han mejorado habilidades en la aplicación de la cadena de supervivencia, se ha capacitado en el uso de los DEA y se ha establecido una relación entre los profesionales sanitarios del C.S. de Aliaga y los participantes al curso para así conseguir una actuación rápida ante una parada cardiaca. Los participantes al curso se han ofertado como personas de referencia en sus localidades dando sus nombres y teléfonos móviles como responsables de los DEA. Se trata así de mejorar la autonomía de la población respecto a su salud, dado que en la zona se tiene gran dispersión y difícil orografía lo que dificulta la actuación rápida del personal sanitario. Durante la revisión del equipamiento se han renovado las palas por próxima caducidad y se han reparado dos desfibriladores por fallo en la batería. Se establece la recomendación de revisión mensual de los equipos por enfermería. El taller presentó una participación de 23 asistentes lo que representa el 2,55% de la población de la zona de salud. Estos pertenecen a 8 localidades de las 11 que disponen de DEA, lo que da una cobertura del 72,7%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1162

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA Y MANEJO DESA

La evaluación mediante encuesta de satisfacción del taller (Puntuación de 1 a 5) fue óptima para los parámetros de duración del taller (4,36), cobertura de expectativas (4,5), valoración de formadores (4,68) y valoración general (4,5). Pero presentó una valoración media (2,9) la utilidad del taller en el trabajo diario de los participantes. En el debate tras el curso se presentaron las siguientes sugerencias o propuestas de mejora:

- Periodicidad bianual del curso.
- Dotación de los DEA con palas pediátricas.
- Colocación en los equipos DEA de trípticos con la Cadena de Supervivencia y los algoritmos de SVB y DEA.

Dentro de los objetivos se buscaba alcanzar una cobertura de las 11 localidades con al menos un asistente al curso. Las tres poblaciones que no presentaron participantes son las poblaciones más pequeñas de la zona (con menos de 15 habitantes) y que presentan una población más envejecida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se recomienda para seguir con la periodicidad bianual del proyecto el mantener la implicación de la población a través del consejo de salud de zona. También se plantea que en los sucesivos años para conseguir la cobertura de las 11 poblaciones con DEA, se estudie la posibilidad de acercar la formación a las poblaciones más pequeñas en las que no se pueda desplazar ningún representante y dar así una formación individualizada. Comarca Cuencas Mineras "Territorio cardioprotegido". Tras la buena acogida de la instalación de DEA en la zona de salud de Aliaga, dotados por la Mancomunidad de las Cuencas Mineras, esta ha decidido adquirir varios desfibriladores semiautomáticos con el objeto de llevarlos a toda la comarca.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1162 ===== ***

Nº de registro: 1162

Título
TALLER DE RCP BASICA Y MANEJO DESA

Autores:
CASTRO LOPEZ CARLOS, LLERA BUESO GUILLERMINA, GUILLEN LORENTE SARA, SORIANO SORLI FRANCISCO, ORTIZ DOMINGUEZ LAURA, CHACON FORNES MARIA FELISA, PUPO ALVAREZ JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALIAGA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Cada año se registran en España unas 24.500 paradas cardiacas extrahospitalarias, es decir, aproximadamente una cada 20 minutos. Por ello existen proyectos a nivel mundial, apoyados por cardiólogos, que fomentan la instalación de sistemas de cardioprotección en lugares específicos, así como la realización de cursos de formación para la utilización de estos equipos por el público en general.

RESULTADOS ESPERADOS
Población residente en las localidades de la zona de salud de Aliaga.

MÉTODO
• Revisión de los desfibriladores semiautomáticos hubicados en los 11 consultorios locales de la ZBS de Aliaga.
• Formación teórico-práctica en grupos de RCP básica y manejo de DESA.

INDICADORES
Realización de encuestas de satisfacción a los participantes en el taller.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1162

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA Y MANEJO DESA

DURACIÓN

1. Comunicación en el Consejo de Salud de la Zona de Aliaga de la puesta en marcha del taller que se solicitó en el último CSZ del 22 de Diciembre de 2016. Abril - Mayo 2017.
2. Difusión a través de trípticos colocados en los ayuntamientos y consultorios locales de la zona del inicio del plazo de inscripción. Junio -Julio 2017.
3. Realización formación teórico-práctica en RCP básica y manejo DESA. Septiembre 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 - 2016/1163

1. TÍTULO

MENS SANA IN CORPORE SANO. RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA EXPOSICION AL SOL. CENTRO DE SALUD DE ALIAGA

Fecha de entrada: 08/01/2018

2. RESPONSABLE GUILLERMINA LLERA BUESO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALIAGA
· Localidad ALIAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORTIZ DOMINGUEZ LAURA
YUSTE PLUMED MARA PILAR
CASTRO LOPEZ CARLOS
MARTINEZ LOZANO AGUSTIN
GUILLEN GASCON SONIA
VALENZUELA FOVED AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan reuniones para la organización en el 1º trimestre con el AMPA, el 17-Enero y mensualmente con el profesorado del CRA. (3º jueves/mes)
Todos los integrantes sanitarios del proyecto del EAP nos reunimos en el 2º y 3º trimestre cada 15 días (24 de enero, 21feb, 21 marzo, y 18 abril) para preparación y puesta en común de actividades a realizar: preparación de talleres, power-point, redactar cuento para los más pequeños y otras actividades en las aulas.
Este año trabajamos con fichas de Solsano y de Laboratorios Isdin junto a los profesores en el 2º trimestre.
Se manda carta informativa a los padres y Ayuntamiento para la cita de la reunión donde pueden resolver o preguntar dudas con los profesores, sanitarios y Pediatra de la zona..
Actividades realizadas:
-La pediatra de la zona hace un taller el 24 de Mayo-17 a los niños de 6 a 12 años de 2h de duración sobre riesgos y beneficios de exposición al sol.
- Enfermera y Médico narran y exposición de un cuento de 1 hora de duración a niños de 3 a 6 años
- Enfermera y profesor/a colaboran y explican la realización de fichas con los alumnos 1 vez/ mes
- Excursión al aire libre de todos los alumnos una vez cada trimestre de 2-3h de duración.

La metodología y valoración se realiza a través de la observación directa de los alumnos para conocer su actitud frente a las actividades propuestas en el patio del colegio,, supervisión de los trabajos realizados en aulas los profesores,, grado de satisfacción de usuarios, encuesta individual a los niños sobre grado de satisfacción de las actividades realizadas.
Realización de comprobaciones para valorar el grado de adquisición de conocimientos adquiridos así como detectar errores en consulta por los profesionales sanitarios.

La población es 43 alumnos de 3-12 años, 9 profesores y 32 padres, y evaluamos los indicadores de cobertura.

Higiene
Alimentación
Medioambiente
Seguridad vial
Consumo
Salud mental
Actividad física, ocio y tiempo libre
Los materiales utilizados son fichas, cuento en power-point, cremas protectoras, colgante para móvil, etc

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El grado de implicación de las familias es muy aceptable, colaboran en todos los momentos que son requeridos.
Hay colaboración de alumnos, padres, profesores en el proyecto comunitario y en la evaluación continua con toda la población.
Hay sensibilización porque sí les importa los riesgos del sol, no quieren quemarse la piel.
Tienen habilidad y han aprendido a darse la crema en casa antes de salir, utilizar gafas, y gorra. Ha habido un cambio en sus hábitos.
En la excursión observamos que llevaban gorra, gafas y protección solar todos excepto uno.

Tienen autonomía para aplicarse la crema ellos solos, ponerse las gafas, y reconocen un bienestar cuando están en su entorno, piscina, campo de fútbol,etc
La relación entre profesionales y población es muy buena porque te lo cuentan por la calle.

Los objetivos y aspectos no alcanzados serían los factores del contexto, no están todos en el mismo centro escolar y no se trabaja el proyecto con todos por igual.
Hay un análisis de la situación inicial insuficiente y ambigüedad de actuaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1163

1. TÍTULO

MENS SANA IN CORPORE SANO. RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA EXPOSICION AL SOL. CENTRO DE SALUD DE ALIAGA

Empezar con un buen análisis inicial de la situación.
Evaluación para conocer el rumbo del proyecto
Que los objetivos sean factibles, sencillos y específicos
Mayor participación de la población, instituciones políticas y sociales.
Empoderamiento, que la población proponga iniciativas

7. OBSERVACIONES.

Visibilizar todo el trabajo a realizar previo y posterior a las actividades.
La memoria que sea más corta, sencilla y concreta.
Es bastante bueno porque hay implicación de profesionales, profesorado y población.
Es un proyecto de varios años de trabajo y se cuenta con gran cantidad de recursos bibliográficos y audiovisuales recopilados a lo largo de estos años, tanto los proporcionados por el Departamento de Salud como los elaborados por los diferentes equipos de trabajo.
Engloba muchos temas aunque cada curso escolar se trabajan dos o tres en profundidad.
Las coordinadoras del proyecto asisten con regularidad a todas las Jornadas y Seminarios tanto de la RAPPs como de Escuelas Promotoras de Salud y posteriormente se transmite al resto de participantes.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1163 ===== ***

Nº de registro: 1163

Título
"MENS SANA IN CORPORE SANO"

Autores:
LLERA BUESO GUILLERMINA, ORTIZ DOMINGUEZ LAURA, YUSTE PLUMED MARIA PILAR, CASTRO LOPEZ CARLOS, MARTINEZ LOZANO AGUSTIN, GUILLEN GASCON SONIA, VALENZUELA FOVED AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALIAGA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El proyecto "Mens Sana In Corpore Sano", que se encuentra englobado dentro de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPs), surge durante el transcurso del curso escolar 2003-2004, implicándose desde sus comienzos el Claustro de profesores del CRA Pablo Antonio Crespo, junto con profesionales del Centro de Salud de Aliaga.
Las necesidades se identifican después de la observación al cabo de los años de aquellos aspectos directamente relacionados con la salud que son susceptibles de ser abordados desde el punto de vista educativo.
Los niños generalmente no están protegidos del sol cuando realizan actividades físicas, sino solo cuando van a la playa o a la piscina. Por ello es importante conocer los beneficios y riesgos de la exposición al sol.

RESULTADOS ESPERADOS

Aprendizaje de medidas de protección frente a los efectos nocivos de la exposición solar en los niños de 3 a 12 años del CRA Pablo Antonio Crespo.

MÉTODO

- Taller educativo sobre los beneficios y riesgos de la exposición solar.
- Colaboración en actividades educativas junto con los profesores y utilización de cuadernillos de fichas.

INDICADORES

Encuesta de satisfacción infantil / valoración aprendizaje (Ficha "Fotoprotegete Bien")

DURACIÓN

- Curso escolar 2016-17
- Taller educativo "Beneficios y riesgos de la exposición solar". Día 24 de Mayo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1163

1. TÍTULO

MENS SANA IN CORPORE SANO. RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA EXPOSICION AL SOL. CENTRO DE SALUD DE ALIAGA

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 - 2016/0059

1. TÍTULO

CONTROL DE LA TEMPERATURA DE LA NEVERA DE VACUNAS DURANTE LA ATENCION CONTINUADA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE GEMMA REDOLAR CHASENAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BAGUENA
· Localidad BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERRADO SERRANO ASUNCION
GRACIA MALO CRISTINA
GRACIA FERREIRA ERIKA
EZPELETA FERNANDEZ FERNANDO JAVIER
MARRUEDO MANCEBO ISABEL
CARBO ROSELLO MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Una vez elegido el proyecto sobre el que íbamos a trabajar por la persona responsable del proyecto, se solicitó la colaboración de los miembros del centro de salud que desearan participar en el mismo y se realizó el reparto de tareas. Este proyecto se ha llevado a cabo desde el año 2016, por lo que los componentes del equipo han ido variando, quedando finalmente como ha quedado reflejado anteriormente.

CRONOGRAMA

MARZO 2016: formación del equipo, enumeración de las actividades necesarias para su desarrollo y asignación de tareas. En principio se creó una hoja con sistema de checking que debía ser rellenada por cada uno de los miembros que prestan servicios durante la atención continuada. Como consecuencia del cambio de personal se decidió mantener la recogida de datos mediante la gráfica mensual de temperaturas. Hasta ese momento sólo recogían los datos de lunes a viernes, a partir de marzo del 2016 la recogida paso a ser diaria.

ABRIL 2016: Se elaboró un cartel con las medidas a adoptar en caso de una avería de la nevera o un corte de luz prolongado. (Anexo 2) Se colocó dicho cartel en la nevera para que estuviese a disposición y conocimiento de toda aquella persona que desempeñase su labor durante la atención continuada.

Se realizó una sesión informativa al grupo de profesionales que habitualmente trabajaban en la atención continuada para informarles del trabajo que se estaba llevando a cabo y se presentaron las recomendaciones de la AEP (Asociación Española de Pediatría) en cuanto al almacenamiento, transporte y conservación de las vacunas (Anexo 3)

DICIEMBRE 2016: Se realizó el primer estudio sobre el impacto de las medidas adoptadas (cartelería y recogida de datos).

ENERO 2017: Se realizó un estudio final sobre los datos obtenidos hasta el momento y se elaboró un informe, que posteriormente fue presentado a los miembros del centro de salud, así como remitido a la dirección de Atención Primaria del Sector Teruel.

Así mismo, se decidió que el estudio lo prorrogaríamos hasta agosto de 2017, ya que se iban a producir nuevas incorporaciones de personal y podíamos cambiar las recomendaciones a seguir en el caso de que se produjese una nueva avería.

Contactamos con la dirección de la Residencia de la Cruz Blanca de Burbáguena. Ellos disponen de generadores de combustible (gasoil), por lo que son capaces de generar electricidad ante un corte prolongado de suministro. Se acordó con ellos que en el caso de una avería importante nos reservarían una nevera para el almacenamiento de sus vacunas. En dicha nevera disponen de termómetro para el control y posterior registro de las temperaturas.

AGOSTO 2017: Se concluye la recogida de datos.

SEPTIEMBRE 2017: Se elabora nueva cartelería para su colocación en el frontal de la nevera. (Anexo 4). Los Anexos 1, 2 y 3 ya fueron enviados con el informe remitido a Teruel el 30 de enero del 2017.

DICIEMBRE 2017: Se presenta ante el equipo del centro de salud las conclusiones del estudio y las recomendaciones a seguir ante una eventualidad.

FEBRERO 2018: Se envía el informe final del estudio a la dirección de sector Teruel para su estudio y evaluación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO, SU SEGUIMIENTO Y CONCLUSIONES

Este proyecto se ideó ante la falta de control y revisión de la temperatura de la nevera de vacunas durante la atención continuada. Hasta el momento en que se puso en marcha el proyecto, la revisión era llevada a cabo de lunes a viernes por la mañana por la persona responsable de las vacunas en el centro de salud.

En el resto de días y horarios quedaba a criterio del profesional que estuviese trabajando el controlar y registrar la temperatura.

Además hay que resaltar que estamos ubicados en una zona en la que al menos 3 ó 4 veces al año se producen cortes eléctricos, especialmente en el invierno, dícese del momento más crítico del año, ya que suele coincidir con el período de vacunación de la gripe y con mayor rotación de personal debido a los períodos vacacionales (Navidades).

En cuanto a este proyecto, el cumplimiento del registro ha alcanzado un porcentaje superior al 96%, resultado obtenido de la aplicación de los 2 indicadores utilizados para la cuantificación de la labor realizada y grado de cumplimiento de la misma (los indicadores seleccionados ya fueron enviados en el informe del 30 de enero del 2017, se ha continuado con los mismos). A pesar de los cortes de luz que ha habido durante el desarrollo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0059

1. TÍTULO

CONTROL DE LA TEMPERATURA DE LA NEVERA DE VACUNAS DURANTE LA ATENCION CONTINUADA

del proyecto no ha sido preciso hacer uso de las alternativas desarrolladas para asegurar el correcto almacenamiento de las vacunas. Durante este período hemos cambiado en 2 ocasiones los termómetros, pasando de usar el modelo de mercurio a uno digital, lo cual ha facilitado la lectura.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

La elaboración de este proyecto ha servido para concienciar a todo el personal de la importancia de revisar durante la atención continuada, no solamente la nevera de vacunas, si no de todo el material y aparatos que se albergan en la sala de urgencias (véase desfibrilador, electrocardiógrafo, balas de oxígeno, etc...). Hemos actualizado los conocimientos sobre las vacunas, transporte, almacenaje y conservación mediante una sesión clínica, con una buena valoración por parte de los profesionales. A raíz de este proyecto hemos encontrado una oportunidad de mejora en el control de los elementos anteriormente citados, mediante una hoja de check control, que será incluida en el próximo proyecto de mejora. También ha servido para plantearnos desarrollar un proyecto de manual de acogida para los nuevos profesionales que se van incorporando al centro, pues la rotación en los dos últimos años ha sido elevada y se espera que lo siga siendo en los siguientes años. Finalmente añadir que este proyecto ha sido un reto personal por ser la primera vez que he coordinado un proyecto de mejora, el cual no podría haberse desarrollado sin la activa colaboración de todos los integrantes del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

. En la copia de la Memoria Final, que ha sido archivada en el centro, disponemos de las tablas y gráficos usados para plasmar la consecución de los objetivos en base a los indicadores empleados.

Se adjunta Anexo 4 (nueva cartelería)

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE AVERÍA O CORTE DE LUZ

- 1- SI PASADAS 3 HORAS NO SE HA SOLUCIONADO EL PROBLEMA, PARA INTENTAR MANTENER LA TEMPERATURA ÓPTIMA EN LA NEVERA, SE INTRODUCIRÁN LAS ACUMULADORES DE FRÍO QUE ES ENCUENTRAN EN EL CONGELADOR DE LA NEVERA DE LA COCINA.
- 2- SI EN EL TERMÓMETRO DIGITAL SE REGISTRA UNA TEMPERATURA MAYOR O IGUAL A 20°C MÁS DE 8H, SE CONTACTARÁ CON LA RESIDENCIA DE LA CRUZ BLANCA DE BURBAGUENA PARA PROCEDER AL TRANSPORTE DE LAS VACUNAS A DICHO CENTRO.
. RESIDENCIA DE LA CRUZ BLANCA 978 733 216 / 978 733 324
- 3- EN CASO DE NO PODER TRASLADAR LAS VACUNAS A LA RESIDENCIA DE LA CRUZ BLANCA, SE CONTACTARÁ CON LOS CENTROS DE SALUD MÁS CERCANOS
. CENTRO DE SALUD DE CALAMOCHA 978 731 014 . CENTRO DE SALUD DE DAROCA 976 800 928
- 4- EN CASO DE NO PODER TRASLADAR LAS VACUNAS A OTROS CENTROS DE SALUD AVISAR A:
. DE LUNES A VIERNES DE 8 A 15H: 978 641 157 (Pilar Rubio. Salud Pública) . A PARTIR DE LAS 15H, FINES DE SEMANA Y FESTIVOS: 679 846 726

*** ===== Resumen del proyecto 2016/59 ===== ***

Nº de registro: 0059

Título

CONTROL DE LA TEMPERATURA DE LA NEVERA DE VACUNAS DURANTE LA ATENCION CONTINUADA

Autores:

REDOLAR CHASENAS GEMMA, CORBATON HERRERO JOSEFINA, GRACIA FERREIRA ERIKA, OLORIZ RUIZ INES, TERRADO SERRANO ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BAGUENA

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 .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Como consecuencia de un corte del suministro eléctrico, en horario de atención continuada, observamos la necesidad de mantener un registro más pormenorizado de la temperatura de la nevera, dada la importancia y la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0059

1. TÍTULO

CONTROL DE LA TEMPERATURA DE LA NEVERA DE VACUNAS DURANTE LA ATENCION CONTINUADA

repercusión económica que una avería o corte puede llegar a ocasionar (Fallo producido el 27/02/2016 de las 9.45 a las 17.30, la nevera llegó a alcanzar los 16°C)

RESULTADOS ESPERADOS

Control de la temperatura de la nevera de vacunas durante el horario de atención continuada.

MÉTODO

Se ha creado una hoja con sistema de "check", que debe ser rellenada por cada uno de los miembros que prestan sus servicios durante la atención continuada. Un miembro del equipo se responsabiliza de recoger dichas hojas, verificarlas y guardarlas. Una de las actividades que viene recogida en la hoja de control es el control y registro de la temperatura de la nevera de vacunas.

INDICADORES

Número de lecturas realizadas durante el mes /Número de días del mes

Número de meses con registro diario/nº de meses en los que se desarrolla el proyecto de mejora

DURACIÓN

Marzo 2016-Diciembre 2016

Semanalmente se realiza la recogida y verificación de los datos de la hoja de control.

Mensualmente se recoge y verifica la hoja de control de la temperatura de la nevera de vacunas

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 - 2016/1213

1. TÍTULO

MEJORAR LA COBERTURA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD DE BAGUENA A LOS QUE SE LES HAYA REALIZADO UN ELECTROCARDIOGRAMA EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR GONZALVO HERNANDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BAGUENA
· Localidad BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REMARTINEZ VILELLA JOSE LUIS
TERRADO SERRANO ASCENSION
OLORIZ RUIZ INES
CORBATON HERRERO JOSEFINA
GUTIERREZ ANDRES ALEJANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se organizó una primera reunión del equipo del CS Bágüena el 6 de Abril de 2017 para fijar los objetivos del proyecto. Se hizo un recuento inicial de los pacientes que tenían realizado y registrado un ECG en el protocolo de HTA en los últimos 5 años, obtenido a partir de los listados de OMI-AP, una vez depurados de pacientes exitus y desplazados.

Se contactó con los pacientes a los que les faltaba el ECG para concertar cita y realización del mismo.

Se realizó una segunda reunión el día 19 de Septiembre de 2017 para comprobar el desarrollo del programa, anotando los resultados del periodo correspondiente de Abril a Septiembre.

En una tercera reunión, al final del proyecto, se reagruparon los datos de todos los miembros del equipo, extrayendo de los mismo la conclusión final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Comenzamos el estudio en Abril de 2017 con un porcentaje de pacientes con un ECG realizado del 66,6%, de un total de 267 pacientes hipertensos.

En la segunda reunión realizada en Septiembre de 2017 se había conseguido un porcentaje del 82%.

En la reunión final de análisis de resultados obtenemos un porcentaje del 91,4% de pacientes hipertensos con ECG realizado y registrado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A la finalización de este proyecto hemos conseguido mejorar la cobertura de pacientes hipertensos que tienen un ECG realizado e informado en los últimos 5 años en un 24,8%.

Consideramos que debemos continuar trabajando en esta línea para mejorar la calidad asistencial de nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1213 ===== ***

Nº de registro: 1213

Título
MEJORAR LA COBERTURA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD DE BAGUENA A LOS QUE SE LES HAYA REALIZADO UN ELECTROCARDIOGRAMA EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS

Autores:
GONZALVO HERNANDO PILAR, REMARTINEZ VILELLA JOSE LUIS, TERRADO SERRANO ASCENSION, OLORIZ RUIZ INES, CORBATON HERRERO JOSEFINA, GUTIERREZ ANDRES ALEJANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BAGUENA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1213

1. TÍTULO

MEJORAR LA COBERTURA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD DE BAGUENA A LOS QUE SE LES HAYA REALIZADO UN ELECTROCARDIOGRAMA EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS

PROBLEMA

SE HA DETECTADO LA PRESENCIA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN LOS QUE NO CONSTA LA REALIZACION DE E.C.G EN SU PLAN PERSONAL, REVISANDO LAS HISTORIAS SE OBSERVA QUE AUNQUE SI CONSTA LA REALIZACION DE UN E.C.G EN EL PROTOCOLO DE ACTIVIDADES DE ENFERMERIA,EL RESULTADO DEL MISMO SE SUELE ANOTAR EN TEXTO LIBRE Y NO SE UTILIZA EL PROTOCOLO CORRESPONDIENTE DE E.C.G POR LO QUE LOS DATOS NO QUEDAN GRABADOS

RESULTADOS ESPERADOS

MEJORAR LA COBERTURA DE PACIENTES HIPERTENSOS EL EL C.S. DE BAGUENA EN LOS QUE CONSTA QUE SE HA REALIZADO UN E.C.G. EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS

MÉTODO

1-REALIZAR REUNION DE EQUIPO INFORMANDO DEL PROYECTO,RECORDANDO LA FORMA CORRECTA DE ANOTAR EL E.C.G. EN EL PROTOCOLO CORRESPONDIENTE DE OMI
2-REVISAR LAS HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDAN A CONSULTA Y REALIZAR UN E.C.G.EN AQUELLOS CASOS EN LOS QUE NO CONSTE SU REALIZACION,ANOTANDO LOS RESULTADOS EN EL PROTOCOLO OMI CORRESPONDIENTE
3-CONOCER LA COBERTURA ACTUAL DE DICHO REGISTRO

INDICADORES

PORCENTAJE DE PACIENTES HIPERTENSOS DE C.S. DE BAGUENA EN LOS QUE CONSTA QUE SE HA REALIZADO UN E.C.G. EMLOS ULTIMOS CINCO AÑOS
REALIZACION DE DOS REUNIONES DEL EQUIPO PARA SEGUIMIENTO DEL PROYECTO

DURACIÓN

DESDE 1-04-2017 A 31-12-2017
REUNION DE EQUIPO PARA INFORMAR DEL PROYECTO EN ABRIL 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 - 2016/1241

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA MEDIANTE HIGIENE BUCODENTAL EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR Y DESAYUNO SALUDABLE

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE INES OLORIZ RUIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BAGUENA
· Localidad BAGUENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALVO HERNANDO PILAR
TERRADO SERRANO ASCENSION
CORBATON HERRERO JOSEFINA
REMARTINEZ VILELLA JOSE LUIS
GUTIERREZ ANDRES ALEJANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Todos los componentes del proyecto realizamos una búsqueda de material para preparar la actividad del colegio, seleccionando, mediante consenso, los elementos mas indicados para este proyecto educativo. Posteriormente se preparó la presentación, realizando por nuestra parte material de manera manual y artística, para facilitar la comprensión y captar la atención de los alumnos en el aspecto de la higiene bucodental, y presentando la pirámide alimenticia y varios tipos de dieta en el punto de los desayunos saludables. Conseguimos folletos educativos y cepillos de dientes como material de apoyo para entregar a los alumnos. Nos pusimos en contacto con el director CRA "El Poyo del Cid" para establecer una fecha para la charla educativa, pero debido al cambio de varios profesionales de nuestro EAP, y específicamente a dos componentes de este proyecto, a fecha de hoy, no hemos concretado día para este proyecto educativo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tenemos el material preparado: muñecos de guiños, material educativo y material de apoyo. Tenemos contacto con el personal docente y directivo del CRA "El Poyo del Cid", pero dado que no hemos podido realizar la actividad educativa a fecha de hoy, por las incidencias anteriormente comentadas, no tenemos los resultados de los indicadores definidos en el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La adquisición de unos buenos hábitos de higiene bucodental son imprescindibles para la prevención de caries y resto de enfermedades bucodentales. Asimismo, aprender a preparar un desayuno saludable, procurará los nutrientes y la energía necesaria para la actividad escolar de nuestros niños. Inculcar estos hábitos desde la edad escolar mejorará la salud de la población infantil y contribuirá a la prevención de enfermedades como la hipertensión, diabetes y obesidad, actualmente de prevalencia creciente, con especial incidencia en la obesidad infantil. Sin olvidarnos del consiguiente aumento del gasto sanitario que conllevan estas patologías. Por todo ello queremos continuar con la realización de este proyecto, enmarcándolo dentro del ámbito de actividades comunitarias y programando su conclusión antes del mes de junio de 2018 e ir repitiéndolo en los siguientes cursos escolares.

7. OBSERVACIONES.

Habría una variación en los integrantes del proyecto que expongo a continuación:

Responsable: RUBIO GUTIÉRREZ ISABEL. MÉDICO. CS BÁGUENA. ATENCIÓN PRIMARIA.

Otros componentes:

OLÓRIZ RUIZ INES, ENFERMERA. CS BÁGUENA. ATENCIÓN PRIMARIA.

TERRADO SERRANO ASCENSION. ENFERMERA. CS BÁGUENA. ATENCIÓN PRIMARIA.

CORBATÓN HERRERO JOSEFINA. ENFERMERA. CS BÁGUENA. ATENCIÓN PRIMARIA.

GUTIÉRREZ ANDRES ALEJANDRA. AUXILIAR ADMINISTRATIVO. CS BÁGUENA. ATENCIÓN PRIMARIA.

SERRANO MORENO ANA CRISTINA. MÉDICO. CS BÁGUENA. ATENCIÓN PRIMARIA.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1241 ===== ***

Nº de registro: 1241

Título
EDUCACION SANITARIA EN COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA MEDIANTE HIGIENE BUCODENTAL EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DESAYUNO SALUDABLE

Autores:
OLORIZ RUIZ INES, GONZALVO HERNANDO PILAR, TERRADO SERRANO ASCENSION, CORBATON HERRERO JOSEFINA, REMARTINEZ VILELLA JOSE LUIS, GUTIERREZ ANDRES ALEJANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BAGUENA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1241

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA MEDIANTE HIGIENE BUCODENTAL EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR Y DESAYUNO SALUDABLE

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CARIES-NUTRICIONAL
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

IMPORTANCIA DE LA ADQUISICION DE UNOS BUENOS HABITOS DE HIGIENE BUCODENTAL EN LA PREVENCION DE CARIES Y RESTO DE ENFERMEDADES BUCODENTALES
IMPORTANCIA DEL DESAYUNO SALUDABLE

RESULTADOS ESPERADOS

-DIRIGIDO A TODA POBLACION EN EDAD ESCOLAR,DE 3 - 14 AÑOS QUE ESTE ESCOLARIZADA EN EL C.P. DE BAGUENA
-FAVORECER LAS ACTITUDES POSITIVAS DE LOS NIÑOS HACIA EL CEPILLADO DENTAL.ASI COMO SU CORRECTO CEPILLADO DENTAL
-TRUCOS PARA UN DESAYUNO SALUDABLE,FRUTAS,LACTEOS,CEREALES

MÉTODO

-REALIZACION DE UN GUIÑOL CON MUÑECOS REPRESENTATIVOS DE LOS DIENTES Y EL CEPILLO,PARA -EXPLICAR COMO SE REALIZA EL CORRECTO CEPILLADO DE LOS DIENTES,FRECUENCIA,ENFERMEDADES...
-PRESENTACION SOBRE LAS PARTES DEL DIENTE,CEPILLADO,ALIMENTACIÓN ADECUADA
-ENTREGA DE UN CEPILLO DIENTES A CADA NIÑO,JUNTO CON MATERIAL INFORMATIVO DE LOS PUNTOS MAS IMPORTANTES EXPLICADOS
-COMBINAR LOS ALIMENTOS PARA DESAYUNAR

INDICADORES

100% ASISTENCIA DE LOS NIÑOS,IMPLICACION DEL PERSONAL DOCENTE
INFORMACION PARA LOS PADRES DEL PROGRAMA PABIJ

DURACIÓN

UNA SESION EN EL C.P.DE BAGUENA,PREVIO ACUERDO CON EL PERSONAL DOCENTE
FECHA PREVISTA JUNIO

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 - 2016/0369

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES TELEFONICOS EN ATENCION CONTINUADA

Fecha de entrada: 10/02/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PUEYO VAL OLGA
PONS TURO PILAR
MARRUEDO MANDEBO ISABEL
SANCHEZ ERCE MARIA
FALOMIR ROS ROSA
CASANOVA CASANOVA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una vez perfilado el proyecto por parte de la persona responsable, se configuró el equipo de personas que iban a participar en él. Se propuso a todo el personal que realiza atención continuada, tanto enfermería como medicina. Elegidos los 6 profesionales que se presentaron voluntarios, se elaboró una lista de tareas, ligada al cronograma del proyecto, que fueron asignadas a cada profesional según puestos de trabajo y factibilidad.

Paso a detallar las actividades y cronograma:

- Febrero 2017: formación del equipo, enumeración de las actividades necesarias para su desarrollo y asignación de tareas.

- Marzo 2017: diseño de las plantillas (ANEXO I) que serán utilizadas durante la atención continuada del centro (de lunes a viernes 17h00-08h00, sábados, domingos y festivos las 24h) y solicitud de éstas impresas y encoladas para su uso.

Diseño y fabricación de las cajas para el almacenaje de las plantillas utilizadas y su posterior clasificación por meses.

Comunicación a todo el personal del centro del proyecto en una reunión de equipo y envío de mail informativo a todos ellos. En esta fase presentamos el proyecto, justificamos su necesidad en el centro, e indicamos el correcto uso de las plantillas, así como su posterior almacenaje.

- Abril 2017: inicio del proyecto, mediante el aviso a todo el personal que realiza atención continuada mediante correo electrónico. Colocación de las plantillas al lado de todos los teléfonos que permanecen activos en horario de atención continuada.

- Desde el 1 de Abril 2017 hasta el 30 de Septiembre 2017 realizamos, al inicio de cada mes, comprobación de la correcta ubicación del material. A final de mes, recogida de las plantillas utilizadas y depositadas en las cajas de recogida, así como contabilización del número de avisos urgentes telefónicos recibidos en horario de atención continuada, mediante investigación posterior en OMI.

- Octubre 2017: retirada de las plantillas, retirada de la caja de almacenaje e información al personal del centro que realiza atención continuada de la finalización del período de uso de las plantillas.

- Elaboración y diseño de la encuesta de valoración del proyecto (ANEXOII). Estaba previsto facilitar las encuestas durante el mes de Octubre, pero dado que no había ninguna reunión de equipo prevista para este mes tuvimos que posponerlo al primer lunes de Noviembre.

- Noviembre 2017: entrega de las encuestas y recogida de estas tras su cumplimentación de forma anónima por parte del equipo que realiza atención continuada.

- Noviembre y Diciembre: Elaboración de análisis, conclusiones y memoria final del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Basamos el proyecto en la importancia de una correcta toma de todos los datos de filiación y sanitarios del paciente, y poder aunarlos todos en una plantilla que, además, facilite no olvidar ninguno de ellos. También esta plantilla podía ser utilizada en los domicilios para anotar actividades realizadas, constantes, técnicas y/o medicación administrada, que introducimos en OMI al regresar tras el aviso al centro, pero que en ocasiones se pospone en el tiempo al solaparse varios avisos telefónicos urgentes.

Mensualmente se realizó la recogida de las plantillas utilizadas y se cuantificó el número de avisos telefónicos urgentes recibidos durante la atención continuada, pudiendo ahora comprobar que:

- Todos los meses se hizo uso de las plantillas

- Respecto al número de avisos relacionado con el número de plantillas utilizadas, debemos tener en cuenta dos sesgos.

Sesgo número uno: basamos nuestro contaje de avisos telefónicos en los listados revisados en OMI de la agenda del MAC en horario de atención continuada, pero en ocasiones no se clasifica correctamente, pudiendo introducir un aviso telefónico urgente como una urgencia presencial en el centro.

Sesgo número dos: se ha podido hacer uso de la plantilla pero no haberla depositado en la caja de almacenaje al regresar al centro de salud tras atender la urgencia.

Aclarado esto podemos decir que del total de avisos reflejados como telefónicos urgentes, en el 63,05% se utilizó la plantilla de recogida de datos.

Basándonos en el anterior punto podemos decir que del total de plantillas utilizadas el 59,76% fueron usadas correctamente, presentando un 40,23% falta de alguno de los datos de filiación o sanitarios.

Durante el mes de Noviembre se facilitó al personal sanitario que realiza atención continuada la encuesta de valoración del proyecto, para que individualmente y de forma anónima pudiesen evaluarlo. El 90% del personal accedió a realizar la encuesta. De ella, pregunta a pregunta, podemos concluir que:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0369

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES TELEFONICOS EN ATENCION CONTINUADA

- El 85,71% tuvieron siempre acceso a las plantillas y el 14,28% tuvo acceso casi siempre.
- El 71,42 refiere haberlas utilizado siempre, el 21,42 casi siempre y el 7,16 casi nunca.
- Ante un aviso telefónico en atención continuada el 50% cree facilito siempre su trabajo, el 42,85 cree lo facilito casi siempre y el 7,14 cree que casi nunca.
- El 50% cree que siempre les ayudó a solicitar todos los datos de filiación y sanitarios, el 42,85% cree que les ayudo casi siempre y el 7,14 cree que casi nunca les ayudó.
- El 100% cree que deberíamos mantener este sistema de recogida de datos, el motivo es para un 78,57% porque les ayuda en su trabajo y para un 21,43 porque ayuda a personal externo al centro.
- El 100% de los encuestados estaban al corriente del proyecto, habiéndose enterado un 85,72% por una reunión de equipo, un 7,14 por correo electrónico y un 7,14% durante la atención continuada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto se sustenta sobre algo tan sencillo como la correcta toma de datos en avisos telefónicos urgentes. Sabemos que ante una urgencia, lo importante es estar preparado para poder atenderla en el menor tiempo posible, tener el coche y los maletines con todo el material preparado, contar con un equipo médico y de enfermería capacitados para reaccionar ante esta urgencia y poder atenderla en el menor tiempo posible, pero ¿qué ocurre si el personal de guardia desconoce que el pueblo donde se ha originado la urgencia no tiene las calles nombradas?, ¿si las casas no tienen los números en las puertas? Si en ese momento no tenemos un teléfono de contacto al que llamar, se pierde un tiempo valioso.

Ahora que ya hemos finalizado el proyecto podemos afirmar la sostenibilidad del proyecto, concluir que ha sido favorable desarrollarlo, no ha implicado una pérdida de tiempo durante el horario de atención continuada y, al contrario, se constata mediante las encuestas que ha facilitado el trabajo, en especial al personal no habitual del centro de salud.

Respecto a su replicación, creo que sería interesante poder integrar este sistema de recogida de datos mediante plantillas tanto en el centro de salud de Calamocha como en cualquier otro centro de salud, incluso en aquellos que atienden poblaciones rurales con menor volumen de avisos durante la atención continuada. El único inconveniente que encuentro es el gasto que implicaría facilitar a los centros las libretas de las plantillas. Finalizar diciendo que este proyecto de calidad ha sido un trabajo en equipo, en el que todos sus miembros han colaborado activamente.

Personalmente, al ser la primera vez que coordino un proyecto de calidad puedo decir que ha sido un reto que ha conllevado una inversión de tiempo y dedicación. Puedo afirmar que ha sido positivo para el centro de salud y, personalmente, ha supuesto un aprendizaje profesional y personal.

7. OBSERVACIONES.

ANEXO I y II

ANEXO I

Plantilla para recogida de datos. El formato se adaptó a tamaño P10.

FECHA DEL AVISO
APELLIDOS Y NOMBRE
TELÉFONO
DESPLAZADO SI/NO
FECHA DE NACIMIENTO
EDAD
URGENCIA
ANOTACIONES

ANEXO II

ENCUESTA VALORACIÓN PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD

Proyecto a valorar: TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES TELEFÓNICOS EN ATENCIÓN CONTINUADA.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0369

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES TELEFONICOS EN ATENCION CONTINUADA

Por favor, dedica unos minutos a responder esta encuesta. La información que nos proporcionarás servirá para valorar el proyecto y su utilidad en el centro de salud.

? El proyecto se inició en Abril 2017 y finalizó en Septiembre, ¿has tenido acceso a las plantillas durante la atención continuada?

- Siempre
- Casi siempre
- Casi nunca
- Nunca

? ¿Cuánto las has utilizado?

- Siempre
- Casi siempre
- Casi nunca
- Nunca

? Ante un aviso telefónico en atención continuada, ¿crees ha facilitado tu trabajo?

- Siempre
- Casi siempre
- Casi nunca
- Nunca

? Ante un aviso telefónico en atención continuada, ¿crees te ha ayudado a solicitar todos los datos de filiación y sanitarios necesarios?

- Siempre
- Casi siempre
- Casi nunca
- Nunca

? ¿Crees deberíamos mantener este sistema de recogida de datos en el C.S. Calamochoa?

- Si, porque me ayuda en el trabajo
- Si, porque ayuda a personal externo
- No, porque no ayuda
- No, porque dificulta mi trabajo

? ¿Cómo supiste de este proyecto?

- Recibí un mail
- En una reunión de equipo
- Durante la atención continuada
- Me informaron al empezar mi contrato en este centro

Si tienes alguna propuesta o comentario sobre este proyecto, por favor, cuéntanoslo:

.....
.....
.....

Muchas gracias a todos por vuestra participación.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/369 ===== ***

Nº de registro: 0369

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES TELEFONICOS EN ATENCION CONTINUADA

Autores:
CALVO CONS ANA, PUEYO VAL OLGA, FALOMIR ROS ROSA, MARRUEDO MANCEBO ISABEL, SANCHEZ ERCE MARIA, PONS TURO PILAR, CASANOVA CASANOVA TERESA, REDOLAR CHASENAS GEMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0369

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES TELEFONICOS EN ATENCION CONTINUADA

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencias en atención continuada de atención primaria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

- No existe un protocolo sobre la toma de datos de filiación y sanitarios en los avisos urgentes durante la atención continuada.
- Falta ocasional de datos en avisos urgentes que dificultan la atención urgente.
- Personal sanitario que no forma parte del equipo habitual del centro y desconocen la importancia de algunos datos de filiación en el medio rural.

RESULTADOS ESPERADOS

La elaboración de una plantilla facilitará la recogida de datos de filiación y sanitarios, evitará olvidar datos importantes y mejorará la rapidez en la atención urgente.

MÉTODO

- Elaboración de una plantilla en formato papel para la toma de datos de filiación y sanitarios. (Ana Calvo Cons, Isabel Marruedo Mancebo)
- Colocación de plantillas al lado de los teléfonos activados para avisos urgentes en atención continuada.(Teresa Casanova)
- Creación de sistema de recogida de plantillas(Rosa Falomir Ros)
- Colocación del sistema de recogida de plantillas(María Sanchez Erce)
- Presentación al equipo del centro de salud (Ana Calvo Cons, Pilar Pons Turó)
- Elaboración de una encuesta de evaluación para el equipo del centro de salud.(Olga Pueyo Val)

INDICADORES

- 1º Número de plantillas recogidas/número de avisos telefónicos urgentes citados en OMI durante seis meses.
- 2º Análisis de la encuesta de evaluación que se facilitará a los profesionales que realicen atención continuada.

DURACIÓN

Inicio Febrero 2017: creación de plantilla y del sistema de recogida.
Marzo: Presentación al equipo y colocación de plantillas y del sistema de recogida.
Abril: Inicio del uso de la plantilla
Septiembre: recogida de plantillas
Octubre: Realización de encuestas
Finalización del proyecto Noviembre 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: 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 - 2016/1184

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO DE LOS INHALADORES EN LAS REAGUDIZACIONES DE ASMA Y EPOC EN EL C.S DE CALAMOCHA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE YOLANDA MENDEZ CAÑETE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
POLO BLASCO MARIA LUZ
PONS TURO PILAR
FALOMIR ROS ROSA
MARRUEDO MANCEBO ISABEL
SANCHO ALIJARDE SARA
GOMEZ GALVE LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Sesiones clínicas sobre EPOC .Haciendo referencia a que el tto inhalado es tan eficaz o más que en nebulización.
-Taller práctico sobre uso de inhaladores y cámaras de inhalación
-Se ha adquirido el material necesario: Inhaladores y cámaras de inhalación.
-Se han elaborado las hojas de pacientes atendidos, registrando la patología y el tto aplicado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-El proyecto no ha cumplido el calendario previsto, porque algunos componentes del equipo han tenido que ausentarse por bajas laborales, traslado etc....
-Así pues no hemos recogido suficientes datos para alcanzar resultados.
-Los estándares marcados ó resultados esperados son:
-conseguir disminuir el número de pacientes tratados con nebulizaciones y aumentar el número de los tratados con inhaladores con cámara en las reagudizaciones de Asma y EPOC

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Aunque no podemos sacar conclusiones porque el proyecto no se ha completado, esperamos llegar a las siguientes conclusiones-recomendaciones.
-El utilizar broncodilatadores inhalados en sustitución de los nebulizados nos ofrece las siguientes ventajas:
1-Ahorro en material, ya que las cámaras se reutilizan y las mascarillas se desechan.
2-Ahorro en tiempo para los usuarios y para los profesionales.
3-Evitar desplazamientos a los pacientes, ya que una vez aprendida la técnica, el tto se lo aplican ellos mismos en su domicilio.
4-Mejora de los registros en OMI de las reagudizaciones.

7. OBSERVACIONES.
Por todo ello nos gustaria poder continuar con la memoria durante el 2018 para poder valorar la eficacia real del proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1184 ===== ***

Nº de registro: 1184

Título
MEJORA DEL MANEJO DE LOS INHALADORES EN LAS REAGUDIZACIONES DE ASMA Y EPOC EN EL SALUD DE CALAMOCHA

Autores:
SANCHEZ ERCE MARIA, POLO BLASCO MARIA LUZ, PONS TURO PILAR, PUEYO VAL OLGA, FALOMIR ROS ROSA, MARRUEDO MANCEBO ISABEL, SANCHO ALIJARDE SARA, GOMEZ GALVE LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1184

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO DE LOS INHALADORES EN LAS REAGUDIZACIONES DE ASMA Y EPOC EN EL C.S DE CALAMOCHA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El asma y la EPOC son dos enfermedades crónicas, que dada su complejidad, suponen un gran número de visitas al médico de atención primaria y al servicio de atención continuada, fundamentalmente en los episodios de reagudización. La prevalencia de asma es, aproximadamente un 5% en los adultos y alrededor del 10% en los niños en nuestro medio. La EPOC afecta aproximadamente a un 9.1% de la población adulta. El manejo de ambas enfermedades, implica un correcto conocimiento de la enfermedad, así como de su manejo. Nuestro objetivo es informar a los profesionales implicados en la asistencia sanitaria de estos pacientes, con el objetivo de dotarles de las herramientas apropiadas de abordaje y tratamiento de esta patología, y mejorar el uso de la técnica de inhalación, tanto en nuestras consultas como en el servicio de atención continuada.

RESULTADOS ESPERADOS

Actualización teórica de Asma y EPOC
Mejoría de la formación de los sanitarios implicados en el uso y tipos de inhaladores
Optimizar recursos materiales. Ahorro en material desechable (mascarillas de nebulización) y disminución del gasto sanitario.
Disminuir el número de pacientes tratados con nebulizaciones y aumentar el número de pacientes tratados con inhaladores.
Mejorar el registro del tratamiento en OMI-AP.
Disminución de tiempos de asistencia en atención continuada

MÉTODO

Sesiones formativas para profesionales de Asma y EPOC
Taller de educación para la salud comunitaria
Revisión de los pacientes con tratamiento inhalatorio
Actualización y mejora del registro de las reagudizaciones en OMI-AP

INDICADORES

Indicador: conocer la prevalencia y asma y EPOC en nuestra zona, con un mejor registro. Estándar SI/NO
Indicador: conocer incidencia de reagudizaciones de asma y EPOC en nuestra zona. Estándar: SI/NO
Indicador: Porcentaje de personas con diagnóstico de asma o EPOC a la que se le ha realizado educación sanitaria. Estándar: 50%
Indicador: Porcentaje de pacientes con reagudización a la que se la trata con inhaladores. Estándar 50%
Evaluación: mediante la revisión del registro en OMI-AP

DURACIÓN

Inicio: marzo 2017
Marzo, junio, septiembre y diciembre 2017: sesiones formativas a los sanitarios implicados
Septiembre 2017: taller de educación para la salud
Noviembre 2017: Evaluación de los resultados y conclusiones
Diciembre 2017: Finalización

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1202

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO C.S. CALAMOCHA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE LUIS TARTAJ TOMAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ACHA DOMINGUEZ JESUS MANUEL
ZABALA GARCIA ANA ISABEL
IBAÑEZ CATALAN JULIA
NUÑEZ PEÑA MARIA PILAR
LOPEZ MARTIN MANUEL
VICENTE SAEZ MARIA JESUS
CALVO HERRERA ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Adaptacion de agendas
Carteles informativos para la población y los profesionales, los carteles de información a los usuarios estan expuestos en zonas visibles del centro y de cada consulta
Hojas de registro de actividad
Aportación de material para analisis

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Reestructuración de citaciones desde consulta y /o telefono de admision
liberacion de funciones de un profesional administrativo
promedio de extracciones durante los meses de Octubre, noviembre y Diciembre 2017
promedio extracciones OMI 30 diarias
NO OMI 14 diarias
promedio de Otras Muestras OMI 6 diarias
NO OMI 2 diarias
Dos dias de extracciones semanales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Desde el mes de octubre a diciembre ha mejorado el numero de pacientes citados desde consulta y/o por telefono en admision evitando aglomeraciones para cita en el centro de salud.
La reserva de huecos ha funcionado bien manteniendose mas estable el numero de pacientes por dia.
Se mantienen los dias de los analisis siendo martes para pacientes de Calamocha y miercoles para el resto de poblaciones adscritas a la zona de salud, excepcionalmente y por criterio medico se cita algun paciente en dia de analitica no asignado
Se ha logrado diferenciar entre petición ordinaria y urgente priorizandose el criterio del profesional.

7. OBSERVACIONES.

El numero de peticiones de pruebas para laboratorio sigue siendo alto en relación con la población de la zona de salud.
Duplicidad en peticiones mejorable si todos los analisis se volcaran a OMI y/o se instaurara un sistema de avisos de analisis recientes realizados a cada paciente.
Mejorar la comunicación con especializada y laboratorio para evitar duplicidades
Adecuación de la sala de extracciones

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1202 ===== ***

Nº de registro: 1202

Título
GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO CS CALAMOCHA

Autores:
TARTAJ TOMAS JOSE LUIS, ACHA DOMINGUEZ JESUS MANUEL, IBAÑEZ CATALAN JULIA, VICENTE SAEZ MARIA JESUS, INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR, ZABALA GARCIA ANA, CALVO HERRERA ENRIQUE, LOPEZ MARTIN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividades preventivas y pruebas de diagnostico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1202

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO C.S. CALAMOCHA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es un servicio básico y esencial en Atención Primaria, tanto en el proceso diagnóstico como en el cumplimiento de determinados apartados incluidos en programas recogidos en la cartera de servicios del Salud, no se puede negar que su mala gestión conlleva un consumo excesivo de recursos materiales, económicos y personales que se podrían evitar ajustando algunos parámetros de proceso y procedimiento.

Se detecta duplicidad de peticiones, probablemente por falta de coordinación entre los diferentes servicios (atención primaria y especializada) esto supone la realización de una prueba invasiva con riesgo de complicaciones y molestias innecesarias para el paciente

¿ Se esta pidiendo lo necesario?,

Volcado de datos debería ser automático volcándose desde laboratorio todo tipo de análisis

Necesidad de unificar criterios y formas de petición

Cumplir protocolos de planes personales

Reorganizar el servicio en número de personas y/o número de citas

RESULTADOS ESPERADOS

Evitar duplicidades

Mejorar infraestructura del proceso: citación, extracciones, toma de muestras, transporte.

Sobre toda la población diana

Adecuar número y pertinencia al protocolo

Unificar peticiones en pacientes pluripatológicos

Volcado automático desde el laboratorio de referencia(modulab) tanto propios como los solicitados a cada paciente desde otras especialidades

MÉTODO

Formación del personal por parte de Salud

recordar periodicidad de protocolos

Recursos : materiales - adecuar sala de extracciones y proporcionar material necesario para realizar la actividad

Educación poblacional dirigida a contener la demanda (no analíticas a la carta)

Dirigir la demanda programando análisis de revisión

Educación recogida correcta de cultivos y otras muestras orgánicas.

INDICADORES

Nº total de extracciones (abril, mayo, junio) comparados con tercer trimestre

Nº total de extracciones ajustado a protocolos OMI

Nº total de extracciones y otras muestras en población diana

Nº total de extracciones de Atención Primaria

Nº total de extracciones de Especializada

Nº de días en que el volcado de datos a OMI es adecuado

DURACIÓN

Junio comunicación con laboratorio

revisión de número de extracciones y quien ha hecho la petición

Plan de formación de pertinencia de peticiones

Campaña de información si procede en relación a citaciones

Desarrollo de julio a 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 - 2016/1202

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO C.S. CALAMOCHA

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE JOSE LUIS TARTAJ TOMAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ACHA DOMINGUEZ JESUS MANUEL
ZABALA GARCIA ANA ISABEL
IBAÑEZ CATALAN JULIA
INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR
LOPEZ MARTIN MANUEL
VICENTE SAEZ MARIA JESUS
CALVO HERRERA ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una adaptación de las agendas

La información a los profesionales del proyecto y de la memoria de seguimiento se comunicó en sendas reuniones de Equipo.

Se colocaron carteles informativos para la población (claros y concisos) insistiendo en la necesidad de citación previa para laboratorio desde la consulta y/o llamando al telefono indicado.

Creación de hojas de registro para la actividad

Aportación de material para análisis

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido consolidar el sistema de citaciones analíticas desde OMI, disminuyendo el trabajo de los auxiliares administrativos en el momento de las extracciones.

Se ha conseguido unificar peticiones de diversos especialistas junto con las peticiones de AP evitando repetición de pruebas y de tecnicas cruentas e invasivas

Se ha mantenido el número de extracciones aproximadamente igual que en 2017(periodo analizado Octubre, Noviembre y Diciembre : extracciones OMI 2017 :30 diarias, NO OMI 14 diarias, Total: 44 diarias, Otras Muestras (orina, heces etc. en petición no conjunta con sangre) promedio diario 6.

Mismo periodo analizado 2018 promedio extracciones diarias OMI 28, No OMI 16, Total 44 diarias, promedio de Otras Muestras 21 diarias, hemos notado un aumento significativo del apartado "otras muestras" que se han disparado, aunque no lo consideramos un item valorable en este periodo de tiempo, debido a la incidencia que ha supuesto el programa de cribado del Cáncer Colorectal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos visto que se puede conseguir un alivio de la carga de trabajo al realizar acciones de una manera coordinada entre los miembros del equipo (médicos, enfermeros, administrativos, etc.)

La población ya tiene clarificados los días de extracciones y el proceso de citaciones .

Al unificar peticiones se ha conseguido disminuir el numero de pruebas invasivas y con la cita previa se ha regularizado el numero de pacientes.

No se ha logrado conseguir que los análisis solicitados desde el ámbito de la especializada (bien desde consultas externas, bien desde urgencias del HOP, bien desde la misma hospitalización) queden reflejados en OMI de una manera intuitiva, para poder evitar duplicidades en la solicitud de las pruebas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1202 ===== ***

Nº de registro: 1202

Título
GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO CS CALAMOCHA

Autores:
TARTAJ TOMAS JOSE LUIS, ACHA DOMINGUEZ JESUS MANUEL, IBAÑEZ CATALAN JULIA, VICENTE SAEZ MARIA JESUS, INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR, ZABALA GARCIA ANA, CALVO HERRERA ENRIQUE, LOPEZ MARTIN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1202

1. TÍTULO

GESTION EFICIENTE DEL PROCESO ANALITICO C.S. CALAMOCHA

Otro Tipo Patología: Actividades preventivas y pruebas de diagnostico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es un servicio básico y esencial en Atención Primaria, tanto en el proceso diagnostico como en la cumplimiento de determinados apartados incluidos en programas recogidos en la cartera de servicios del Salud, no se puede negar que su mala gestión conlleva un consumo excesivo de recursos materiales, económicos y personales que se podrían evitar ajustando algunos parámetros de proceso y procedimiento.

Se detecta duplicidad de peticiones, probablemente por falta de coordinación entre los diferentes servicios (atención primaria y especializada) esto supone la realización de una prueba invasiva con riesgo de complicaciones y molestias innecesarias para el paciente

¿ Se esta pidiendo lo necesario?,

Volcado de datos debería ser automático volcandose desde laboratorio todo tipo de analisis

Necesidad de unificar criterios y formas de petición

Cumplir protocolos de planes personales

Reorganizar el servicio en numero de personas y/o numero de citas

RESULTADOS ESPERADOS

Evitar duplicidades

Mejorar infraestructura del proceso: citación, extracciones, toma de muestras, transporte.

Sobre toda la población diana

Adecuar numero y pertinencia al protocolo

Unificar peticiones en pacientes pluripatológicos

Volcado automático desde el laboratorio de referencia(modulab) tanto propios como los solicitados a cada paciente desde otras especialidades

MÉTODO

Formación del personal por parte de Salud

recordar periodicidad de protocolos

Recursos : materiales - adecuar sala de extracciones y proporcionar material necesario para realizar la actividad

Educación poblacional dirigida a contener la demanda (no analíticas a la carta)

Dirigir la demanda programando analisis de revisión

Educación recogida correcta de cultivos y otras muestras organicas.

INDICADORES

Nº total de extracciones (abril, mayo, junio) comparados con tercer trimestre

Nº total de extracciones ajustado a protocolos OMI

Nº total de extracciones y otras muestras en población diana

Nº total de extracciones de Atención Primaria

Nº total de extracciones de Especializada

Nº de dias en que el volcado de datos a OMI es adecuado

DURACIÓN

Junio comunicación con laboratorio

revisión de numero de extracciones y quien ha hecho la petición

Plan de formación de pertinencia de peticiones

Campaña de información si procede en relación a citaciones

Desarrollo de julio a 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 - 2016/1224

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ROSA MARIA RUIZ DOMINGO
· Profesión MATRONA
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ CATALAN JULIA
MARTIN NAVARRO MARIA JOSE
CORBATON FERRER PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Cursos Masaje Infantil en el postparto: 3 cursos en el CS de Calamocha y 3 en el CS de Monreal, con 6 sesiones cada uno de hora y media de duración.
- CRIET de Calamocha: reunión con profesionales docentes del centro y 7 talleres con el alumnado, de una hora y media cada uno.
- IES Valle del Jiloca de Calamocha: reunión con profesionales docentes del centro, charla con las familias y 15 talleres con el alumnado, de 50 minutos cada uno.
- IES Salvador Victoria de Monreal del Campo: reunión con profesionales docentes del centro, charla con las familias y 8 talleres con el alumnado, de 50 minutos cada uno.
La persona responsable de llevar a cabo las intervenciones que componen el programa ha sido la matrona de los CS de Calamocha, Monreal y Bâguena, con la colaboración del resto del equipo.
El abordaje metodológico de esta propuesta educativa esta basado en la utilización de metodología activa y participativa y la promoción de aprendizajes significativos. Se han utilizado materiales didácticos, recursos literarios y audiovisuales de diversos autores/as que han sido adaptados a la realidad de la población diana o han servido como base para la elaboración de los materiales propios empleados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados han sido evaluados a través de indicadores de cobertura, observación sistemática de las sesiones, cuestionarios de evaluación final de cada una de las intervenciones, supervisión y análisis de los trabajos y tareas propuestas.
El programa ha favorecido la reflexión en los diferentes grupos de población sobre temas relacionados con la sexualidad y ha fomentado actitudes de igualdad y respeto en relación a ello. Se han constatado cambios en los conocimientos, actitudes y habilidades que ayudan a una vivencia sana y satisfactoria de la dimensión sexual. Las intervenciones han facilitado la toma de consciencia con el propio cuerpo en los bebés, a través del masaje infantil y en el alumnado de los centros educativos a partir de las dinámicas individuales y grupales propuestas. La percepción de las familias atendidas en el postparto es que el programa les ha ayudado en el desarrollo de vínculos afectivos con su bebe y la mayoría de las/os adolescentes considera que estos talleres le van a ayudar en su vivencia de la sexualidad.
Se ha observado una sensibilización de la población adolescente en relación a los riesgos y el uso del preservativo y una sensibilización de las familias en la importancia de realizar educación afectivo-sexual desde el inicio.
Destacar la relación creada entre la población y los profesionales sanitarios, con los beneficios que de ello pueden derivarse.
Los resultados obtenidos en los cuestionarios de valoración final cumplimentados por el alumnado y por las familias muestran valoraciones muy positivas de todas las actividades, en cuanto a temas tratados, materiales, técnicas didácticas y educadora.
Tras la realización de la intervención el equipo directivo y de orientación de cada centro transmitió la satisfacción del personal docente con el programa. Muestra de ello es que se ha programado de nuevo para el curso escolar 17-18.
La persona responsable de llevar a cabo el programa de educación afectivo-sexual lo ha valorado en general de forma muy positiva.
Destacar de todos los talleres realizados en los centros educativos, el interés por el tema y la alta participación en las dinámicas propuestas. En los cursos de postparto resaltar la implicación y participación de las madres.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La educación afectivo-sexual es necesaria. Esta necesidad es sentida por profesionales sanitarios, docentes, familias y adolescentes. Desde atención primaria tenemos que dar respuesta a esta necesidad de la población, lo que nos motiva para continuar con nuestro proyecto en el curso escolar 2017-2018. Es necesario corregir las debilidades y limitaciones detectadas en el programa. Por un lado sería interesante modificar la difusión entre las familias para conseguir mayor participación en la charla previa al trabajo con el alumnado.
En relación al curso de masaje infantil en el postparto es necesario realizar acciones que aumenten la implicación del padre en la actividad. Por motivos laborales les es complicado asistir a estos cursos. Quizás a partir de ahora con el permiso por paternidad más prolongado esta situación se resuelva.
En uno de estos cursos se realizó una actividad a la que asistieron las/os hermanas/os mayores de las familias. La satisfacción mostrada por padres y madres y niñas/os nos anima a plantearnos la realización de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1224

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

algún taller dónde se les incluya.

Al realizar la evaluación hemos percibido desconocimiento del programa en los equipos de atención primaria, lo que nos hace plantearnos la necesidad de realizar sesiones informativas para que los profesionales conozcan el proyecto. Con todo lo reflejado en la evaluación y en el trascurso de las actividades realizadas se han planteado pequeños cambios en las técnicas educativas utilizadas que se van a incorporar en el nuevo curso escolar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1224 ===== ***

Nº de registro: 1224

Título
PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

Autores:
RUIZ DOMINGO ROSA MARIA, IBAÑEZ CATALAN JULIA, MARTIN NAVARRO MARIA JOSE, CORBATON FERRER PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad, a pesar de los avances alcanzados en materia de salud sexual y reproductiva, puede percibirse cómo hombres y mujeres desconocen aspectos importantes de su cuerpo sexuado, sigue existiendo un número importante de embarazos no deseados y de ITS, la violencia de género está presente en sus distintas formas, y muchas y muchos viven una sexualidad insatisfactoria.

Son necesarias intervenciones que partan de una conceptualización biopsicosocial de la sexualidad y asuman un modelo integral de educación sexual con perspectiva de género. Intervenciones que con la colaboración y coordinación de todos los implicados, familia, profesionales de la educación, profesionales sanitarios y otros agentes sociales, comiencen desde el principio y se vayan adaptando de forma continuada a las características y necesidades de la persona en cada uno de sus momentos evolutivos. Intervenciones realizadas con las familias tras el nacimiento para facilitar un buen comienzo de la educación afectivo-sexual y el desarrollo de vínculos afectivos adecuados, que les acompañen a lo largo de la infancia en la tarea de educar en materia de sexualidad y que después centradas en las y los adolescentes sigan contribuyendo a una vivencia sana, satisfactoria y responsable de la sexualidad.

A partir de esta necesidad percibida surge este proyecto, que consta de varias intervenciones, todas ellas basadas en la información, la reflexión, las habilidades y las actitudes.

- Curso de Masaje Infantil en el postparto.
- Educación afectivo-sexual en centros educativos.

RESULTADOS ESPERADOS

Contribuir a que la población y de forma especial las y los adolescentes vivan su sexualidad de forma sana, satisfactoria y responsable.

Colaborar en la erradicación de la violencia de género promoviendo actitudes de respeto e igualdad.

Crear un espacio de encuentro entre los implicados en la educación afectivo-sexual.

Acercar la consulta de la matrona a las familias y a la población adolescente para mejorar la salud sexual y reproductiva.

MÉTODO

Para cumplir con los objetivos planteados se ha desarrollado un programa distribuido en varias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1224

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

intervenciones dirigidas a distintos grupos de población y con temáticas y características diferentes:

Curso de masaje infantil en el postparto: consta de seis sesiones de una hora y media de duración, con una periodicidad semanal. Los grupos son cerrados.

Charlas para las familias sobre educación afectivo-sexual.

Reuniones con profesionales docentes.

Talleres con el alumnado de los centros educativos: 6º Primaria, 2º ESO, 3º ESO, 4º ESO

INDICADORES

Indicadores de cobertura.

Cuestionario de evaluación final de cada una de las intervenciones.

Guión para la observación sistemática de las sesiones.

Supervisión y análisis de los trabajos y tareas propuestas.

DURACIÓN

PROGRAMA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL.: a realizar a lo largo del curso escolar 2016-2017(calendario actividades programadas desde 26/9/16 hasta 25/5/17).

CURSO MASAJE INFANTIL EN EL POSTPARTO: se programaran cursos trimestrales a lo largo del año 2017 (ya se han realizado los cursos del 1º trimestre).

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 - 2016/1224

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ROSA MARIA RUIZ DOMINGO
· Profesión MATRONA
· Centro CS CALAMOCHA
· Localidad CALAMOCHA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBÁÑEZ CATALAN JULIA
MARTIN NAVARRO MARIA JOSE
CORBATON FERRER PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Cursos Masaje Infantil: 3 cursos en CS de Calamocha y 3 en CS de Monreal, con 6 sesiones cada uno de hora y media de duración.

CRIET Calamocha: reunión con equipo directivo y 7 talleres con alumnado, de una hora y media cada uno.

CP Ricardo Mallen de Calamocha: reunión con equipo de orientación, taller con las familias y 4 talleres con alumnado, de 90 minutos cada uno.

IES Valle del Jiloca de Calamocha: reunión con equipo de orientación, charla con las familias y 21 talleres con alumnado, de 50 minutos cada uno.

IES Salvador Victoria de Monreal del Campo: reunión con equipo de orientación, y 8 talleres con alumnado, de 50 minutos cada uno.

La persona responsable de llevar a cabo las intervenciones que componen el programa ha sido la matrona de los CS de Calamocha, Monreal y Bágüena, con la colaboración del resto del equipo.

El abordaje metodológico se ha basado en una metodología activa y participativa y en la promoción de aprendizajes significativos.

Se han utilizado materiales didácticos, recursos literarios y audiovisuales de diversos autores/as que han sido adaptados a la realidad de la población diana o han servido como base para la elaboración de materiales propios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Han sido evaluados a través de indicadores de cobertura, observación sistemática de las sesiones, cuestionarios de evaluación final de cada una de las intervenciones, observación, supervisión y análisis de los trabajos y tareas propuestas.

El programa ha favorecido la reflexión en los diferentes grupos de población sobre temas relacionados con la sexualidad. Se han constatado cambios en los conocimientos, actitudes y habilidades que ayudan a una vivencia sana y satisfactoria de la dimensión sexual.

Las intervenciones han facilitado la toma de consciencia con el propio cuerpo en los bebés, a través del masaje infantil y en el alumnado de los centros educativos a partir de las dinámicas individuales y grupales propuestas.

La percepción de las familias atendidas en el postparto es que el programa les ha ayudado en el desarrollo de vínculos afectivos con su bebe y la mayoría de las/os adolescentes considera que estos talleres le van a ayudar en su vivencia de la sexualidad.

Se ha observado una sensibilización de la población adolescente en relación a los riesgos y el uso del preservativo y una sensibilización de las familias en la importancia de realizar educación afectivo-sexual desde el inicio.

Destacar la relación creada entre la población y los profesionales sanitarios, con los beneficios que de ello pueden derivarse.

Los resultados obtenidos en los cuestionarios de valoración final de las actividades cumplimentados por el alumnado y por las familias son muy positivos.

Tras la realización de las actividades el equipo directivo y de orientación de cada centro transmitió la satisfacción del personal docente con el programa y el deseo de continuar con él en el proximo curso escolar.

La persona responsable de llevar a cabo las intervenciones del programa lo ha valorado en general de forma muy positiva.

Destacar de todos los talleres realizados en los centros educativos, el interés por el tema y la alta participación en las dinámicas propuestas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La educación afectivo sexual es necesaria y debe contar con la implicación y colaboración de las familias, de los profesionales de la educación y de la sanidad, entre otros. Desde los CS de Calamocha, Monreal y Bágüena somos conscientes de esta necesidad y vamos a continuar con esta tarea.

Se intentara como en años anteriores modificar la difusión de la charla informativa con las familias, ya que la escasa participación en alguno de los centros educativos, es una de las debilidades y limitaciones detectadas en el programa.

Debido a los cambios de profesionales en los centros sanitarios, sería interesante realizar sesiones informativas para que los nuevos miembros de los equipos conozcan la actividad.

Como cada año, tras la evaluación de cada una de las sesiones, se plantean pequeños cambios en los materiales educativos y en las dinámicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1224

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

7. OBSERVACIONES.

El proyecto se da por finalizado, pero dada la satisfacción mostrada por todos los implicados en el Programa de Educación Afectivo Sexual, las actividades incluidas en él van a continuar.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1224 ===== ***

Nº de registro: 1224

Título
PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

Autores:
RUIZ DOMINGO ROSA MARIA, IBAÑEZ CATALAN JULIA, MARTIN NAVARRO MARIA JOSE, CORBATON FERRER PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad, a pesar de los avances alcanzados en materia de salud sexual y reproductiva, puede percibirse cómo hombres y mujeres desconocen aspectos importantes de su cuerpo sexuado, sigue existiendo un número importante de embarazos no deseados y de ITS, la violencia de género está presente en sus distintas formas, y muchas y muchos viven una sexualidad insatisfactoria.

Son necesarias intervenciones que partan de una conceptualización biopsicosocial de la sexualidad y asuman un modelo integral de educación sexual con perspectiva de género. Intervenciones que con la colaboración y coordinación de todos los implicados, familia, profesionales de la educación, profesionales sanitarios y otros agentes sociales, comiencen desde el principio y se vayan adaptando de forma continuada a las características y necesidades de la persona en cada uno de sus momentos evolutivos. Intervenciones realizadas con las familias tras el nacimiento para facilitar un buen comienzo de la educación afectivo-sexual y el desarrollo de vínculos afectivos adecuados, que les acompañen a lo largo de la infancia en la tarea de educar en materia de sexualidad y que después centradas en las y los adolescentes sigan contribuyendo a una vivencia sana, satisfactoria y responsable de la sexualidad.

A partir de esta necesidad percibida surge este proyecto, que consta de varias intervenciones, todas ellas basadas en la información, la reflexión, las habilidades y las actitudes.

- Curso de Masaje Infantil en el postparto.
- Educación afectivo-sexual en centros educativos.

RESULTADOS ESPERADOS

Contribuir a que la población y de forma especial las y los adolescentes vivan su sexualidad de forma sana, satisfactoria y responsable.

Colaborar en la erradicación de la violencia de género promoviendo actitudes de respeto e igualdad.

Crear un espacio de encuentro entre los implicados en la educación afectivo-sexual.

Acercar la consulta de la matrona a las familias y a la población adolescente para mejorar la salud sexual y reproductiva.

MÉTODO

Para cumplir con los objetivos planteados se ha desarrollado un programa distribuido en varias intervenciones dirigidas a distintos grupos de población y con temáticas y características diferentes:

Curso de masaje infantil en el postparto: consta de seis sesiones de una hora y media de duración, con una periodicidad semanal. Los grupos son cerrados.

Charlas para las familias sobre educación afectivo-sexual.

Reuniones con profesionales docentes.

Talleres con el alumnado de los centros educativos: 6º Primaria, 2º ESO, 3º ESO, 4º ESO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1224

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN LAS ZONAS DE SALUD DE CALAMOCHA, MONREAL DEL CAMPO Y BAGUENA

INDICADORES

Indicadores de cobertura.
Cuestionario de evaluación final de cada una de las intervenciones.
Guión para la observación sistemática de las sesiones.
Supervisión y análisis de los trabajos y tareas propuestas.

DURACIÓN

PROGRAMA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL.: a realizar a lo largo del curso escolar 2016-2017(calendario actividades programadas desde 26/9/16 hasta 25/5/17).

CURSO MASAJE INFANTIL EN EL POSTPARTO: se programaran cursos trimestrales a lo largo del año 2017 (ya se han realizado los cursos del 1º trimestre).

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 - 2016/0040

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MATERIAL DE LOS CONSULTORIOS RURALES DEL C.S. CEDRILLAS

Fecha de entrada: 10/02/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RICO GASCON SILVIA
SANCHEZ RUBIO MARIA CONCEPCION
SANZ BARAJAS PEDRO
SUAREZ CRESPO SUSANA
MARTINEZ NAVARRO MARIA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE INICIO EL PROYECTO CON UNA SESION CLINICA INFORMATIVA SOBRE EL MISMO A TODO EL EAP CEDRILLAS.
SE CONSENSUO CON EL EAP EL STOCK MINIMO NECESARIO DE MATERIAL Y MEDICACION QUE TENIA QUE ESTAR PRESENTE EN CADA CONSULTORIO, ASI COMO LA PERIODICIDAD DE REVISION DEL MATERIAL, QUE EN CASO DE ENFERMERIA HA SIDO EL PRIMER DIA DE CONSULTA DE CADA MES NATURAL Y LA REVISION DE LA MEDICACION EN CASO DE MEDICINA QUE HA SIDO EL PRIMER DIA DE CONSULTA DE CADA TRIMESTRE
ELABORACION DE LAS HOJAS DE CONTROL PARA REALIZAR LAS REVISIONES Y REGISTRO DE LAS MISMAS.
LOS RECURSOS UTILIZADOS SON LAS HOJAS DE CONTROL EN LAS QUE FIGURAN:
- LAS REVISIONES FIRMADAS/NUMERO TOTAL DE REVISIONES PROGRAMADAS
- BALANCE TRAS LA REPOSICION/STOCK MINIMO NECESARIO POR CADA PRODUCTO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
LAS REVISIONES FIRMADAS SE REALIZARON ALCANZANDO UN CUMPLIMIENTO DEL 100% DEL REGISTRO EN LA HOJA DE CONTROL SEGUN LAS REVISIONES PROGRAMADAS
EL BALANCE DE REPOSICION FUE DEL 93% DE CUMPLIMIENTO EN REFERENCIA AL STOCK MINIMO NECESARIO POR CADA PRODUCTO.
DURANTE LA IMPLEMENTACION/DESARROLLO DEL PROYECTO SE REALIZAN DE MANERA TRIMESTRAL SESIONES CLINICAS CON EL EAP PARA INFORMAR/VALORAR SOBRE LA BUENA EVOLUCION Y CUMPLIMIENTO DEL PROYECTO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA ELABORACION DEL STOCK MINIMO NECESARIO DE MEDICACION Y MATERIAL EN CADA CONSULTORIO HA SIDO UN PILAR BASICO EN LA MEJORA DE LA UTILIZACION DE LOS RECURSOS, PUDIENDO ASI OPTIMIZARSE LOS RIESGOS DERIVADOS EN LA ATENCION Y GARANTIZAR UNA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.
CON ESTE PROYECTO TAMBIEN HEMOS COMPROBADO QUE SE DISMINUYEN LOS COSTES DERIVADOS DE UNA MALA UTILIZACION DE LOS RECURSOS, ASI MISMO HEMOS CUMPLIDO LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES EN CUANTO A UNA ATENCION DE CALIDAD HACIA LOS PACIENTES.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/40 ===== ***

Nº de registro: 0040

Título
ADECUACION DEL MATERIAL DE LOS CONSULTORIOS RURALES DEL C.S. CEDRILLAS

Autores:
ALONSO VALBUENA AINARA, RICO GASCON SILVIA, MUÑOZ OBON FRANCISCO JOSE, SANCHEZ RUBIO MARIA CONCEPCION, SANZ BARAJAS PEDRO, JULIAN MARTINEZ ANA, SUAREZ CRESPO SUSANA, MARTINEZ NAVARRO MARIA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CEDRILLAS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0040

1. TÍTULO

ADECUACION DEL MATERIAL DE LOS CONSULTORIOS RURALES DEL C.S. CEDRILLAS

PROBLEMA

El Centro de salud de Cedrillas consta de 7 consultorios médicos rurales muy dispersos y de poca población. El equipo se compone 3 médicos y 2 enfermeros que tienen que prestar atención por separado porque sólo hay una consulta por municipio. Hemos observado que retiramos mucha medicación caducada y lo relacionamos con el número de consultorios y la poca demanda.

Para garantizar una atención de calidad sin malgastar material, creemos que es importante protocolizar el botiquín mínimo indispensable que debe haber en cada consultorio.

En primer lugar consensuamos con el equipo el stock mínimo necesario, la hoja de control y los responsables que lo llevarán a cabo.

Hemos acordado realizar una revisión trimestral de la medicación y mensual del material, en la que cada producto que vaya a caducar en los siguientes 3 meses se repondrá y se reubicará en la sala de urgencias para ser prontamente utilizado.

Además organizaremos todas las consultas de la misma manera para simplificar y agilizar la atención médica.

Esta oportunidad de mejora garantiza el material adecuado en cada consulta, ayuda a involucrar a todo el personal en la gestión de botiquines, evita caducidades de farmacos y con esto se consigue un ahorro considerable.

RESULTADOS ESPERADOS

Tener los consultorios dotados de material necesario y en buenas condiciones

Disminuir la cantidad de medicación y material caducado

Unificar la organización del material

MÉTODO

Eliminación del material caducado

Revisión y reorganización del material

Enfermería: revisión el primer día de consulta de cada mes natural del material fungible.

Medicina: revisión el primer día de consulta de cada trimestre natural de la medicación.

Registro con hoja de control de cada revisión realizada con fecha, personal que realiza con la firma. stock necesario, próximo a caducar en 3 meses y reposición.

Reuniones periódicas con el equipo para informarles del proyecto.

INDICADORES

Número de revisiones del botiquín en el periodo que dure el proyecto.

Número de revisiones firmadas en la hoja de control/número total de revisiones programadas

Balce tras la reposición/ stock mínimo necesario por cada producto

DURACIÓN

Duración: 1 octubre 2016-30septiembre 2017

Cronograma:

Medicina: primera consulta de octubre 2016, enero 2017, abril 2017, julio 2017.

Enfermería: Primera consulta de octubre 2016, noviembre 2016, diciembre 2016, enero 2017, febrero 2017, marzo 2017, abril 2017, mayo 2017, junio 2017, julio 2017, agosto 2017, septiembre 2017

OBSERVACIONES

El plan de mejora es del 2016. Dado que su presentación es hasta el 3 octubre 2016 prolongo el proyecto durante el 2017 para cumplir un año del mismo.

hemos incluido 8 componentes del proyecto y un responsable a mayores. ¿Es así correcto?

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 - 2016/0365

1. TÍTULO

DOTACION DE MATERIAL DE URGENCIA PARA EL VEHICULO DEL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS

Fecha de entrada: 15/11/2017

2. RESPONSABLE MARIA CRISTINA MARTINEZ NAVARRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CEDRILLAS
· Localidad CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RICO GASCON SILVIA
BESER MORTE CRISTINA
SUAREZ CRESPO SUSANA
JULIAN MARTINEZ ANA
MUÑOZ OBON FRANCISCO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Búsqueda de bibliografía referente a la dotación medicamentos de urgencia.
Sesión clínica para consensuar/implementar proyecto.
Generar hojas de registro/incidencias, indicando fechas de control mensual.
Creación de etiquetas identificativas/precintos.
Diseño de carteles recordatorios de estacionamiento del coche.
En ENERO implementación del programa.
En JUNIO primera evaluación de registro.
En OCTUBRE evaluación final de registro y sesión informativa .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El equipo ha participado en su totalidad en el programa.
En la evaluación final :
Nº firmas: la hoja de registro está completa en su totalidad.
En referencia al material revisado:
Stock presente/stock consensuado: en febrero faltan 2 fármacos.
100% no caducados
98% íntegros.
El vehículo ha estado según el registro, permanentemente en su estacionamiento/con depósito en condiciones óptimas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La atención domiciliaria urgente se realiza en mejores condiciones en cuanto a dotación/organización y seguridad.
Quizá no sería necesario realizar un control de registro mensual, probablemente sería suficiente llevarlo a cabo cada 2 meses.
Deberíamos haber marcado inicialmente un estándar numérico de referencia a alcanzar, hemos considerado alcanzado porque los porcentajes de cumplimiento han sido elevados.
El proyecto puede sostenerse a largo plazo, dada la estabilidad profesional de la responsable del proyecto en el Centro de Salud de Cedrillas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/365 ===== ***

Nº de registro: 0365

Título
DOTACION DE MATERIAL DE URGENCIA PARA EL VEHICULO DEL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS

Autores:
MARTINEZ NAVARRO MARIA CRISTINA, RICO GASCON SILVIA, BESER MORTE CRISTINA, ALONSO VALBUENA AINARA, SUAREZ CRESPO SUSANA, JULIAN MARTINEZ ANA, MUÑOZ OBON FRANCISCO JOSE, SANCHEZ RUBIO MARIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CEDRILLAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0365

1. TÍTULO

DOTACION DE MATERIAL DE URGENCIA PARA EL VEHICULO DEL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.:

PROBLEMA

El centro de salud de Cedrillas se encuentra en una zona rural con climatología adversa, prestando asistencia a ocho municipios situados en las comarcas de Teruel, Maestrazgo y Gúdar -Javalambre, por tanto con una importante dispersión siendo primordial disponer de un vehículo con la equipación tanto médica, como aquella complementaria en el mismo, necesaria esta última por las particularidades del terreno. En la actualidad en nuestro centro de salud no poseemos un maletín para urgencias externas que nos resulte operativo, dado que el material se encuentra repartido en varios compartimentos, con la dificultad en el acceso que ello conlleva ante una urgencia. Hemos detectado un déficit en la organización, distribución y almacenaje del equipo, tanto sanitario como el no sanitario.

Es indispensable contar con un maletín de urgencias en Atención Continuada en condiciones óptimas, que agilice la atención sanitaria urgente, así como aquellos medios que garanticen la seguridad en el desplazamiento. Nos vemos en la necesidad de crear una oportunidad de mejora para estandarizar los recursos de los cuales debe estar dotado nuestro vehículo así como su organización, revisión y mantenimiento, involucrando para ello a todo el equipo de atención primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Garantizar la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos/material de uso urgente, para asegurar una correcta atención minimizando posibles errores.
- Evitar los accidentes laborales durante los desplazamientos.
- Asegurar que el material esté en perfectas condiciones de uso, prestando especial atención a la caducidad/conservación/integridad y stock necesario.
- El Equipo de Atención Primaria conocerá y participará activamente en el programa/protocolo establecido.

MÉTODO

- Consensuar con el EAP la lista de contenidos del vehículo.
- Generar una hoja de control y mantenimiento / parte de incidencias.
- Presentar al EAP el proyecto en una sesión clínica informativa.
- Implementación del plan de mejora.

Actividades concretas:

- Acordar que tras cada uso del maletín se repondrá y se colocará un precinto identificativo que verificará su correcto estado.
- Revisar material/mantenimiento propio del coche.
- Estacionar en garaje o en su defecto en una zona que no esté expuesto a temperaturas extremas.
- Cada trimestre un miembro del equipo de mejora será el responsable de realizar el registro mensual.

INDICADORES

- Porcentaje de cumplimiento de hoja de registro :
- N° de firmas/n° revisiones estandarizadas.
 - Stock presente/ Stock consensuado.
 - % productos caducados/productos no caducados.
 - % productos defectuosos/productos íntegros.
 - N° de veces depósito condiciones óptimas de llenado/no óptimas.

DURACIÓN

INICIO PROGRAMAMA: 1-octubre- 2016.
FIN PROGRAMA: 31-octubre-2017.

*Octubre-diciembre 2016: -consensuar con EAP.
-generar hoja de registro.
-impartir sesión clínica.

*Enero 2017: implementación.

*Junio 2017: revisión registro (primera evaluación).

*Octubre 2017:-revisión registro (evaluación final).
-sesión clínica informativa de resultados.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0365

1. TÍTULO

DOTACION DE MATERIAL DE URGENCIA PARA EL VEHICULO DEL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS

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 - 2016/1206

1. TÍTULO

VALORACION DE LA FUNCION RENAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE EDUARDO COMAS RIBAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CEDRILLAS
· Localidad CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ BARAJAS PEDRO
ALONSO VALBUENA AINARA
SOFIANTINI CAMPOAMOR MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Cuantificación del grado de IRC, mediante la formula de Cockcroft-Gault, con hoja de calculo específica.
Clasificación de los pacientes según grado de IRC, según estadios de la Sociedad Española de Nefrología
Estudio de los Tratamientos Crónicos del paciente
Retirada o ajuste de dosis, en los pacientes que lo requieren,
Se crea un episodio en OMI, con diagnóstico de IRC y estadio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha retirado/ajustado medicación en un 20 % de los pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nos hemos dado cuenta que muchos pacientes mayores están tratados con medicacion potencial o directamente nefrotoxicos, teniendo especial relevancia los AINES o Antidiabéticos Orales

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1206 ===== ***

Nº de registro: 1206

Título
VALORACION DE LA FUNCION RENAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS

Autores:
COMAS RIBAS EDUARDO, ALONSO VALBUENA AINARA, SANZ BARAJAS PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CEDRILLAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Enfermedad Renal Crónica
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes ancianos debido al envejecimiento fisiológico y/o a enfermedades crónicas pueden tener cierto grado de Insuficiencia Renal. Dichos pacientes además suelen estar polimedificados, con fármacos no siempre nefro-saludables (apropiados). Se ha detectado la necesidad de valorar la función renal en este perfil de pacientes, optimizando el uso de fármacos, evitando los potencialmente nefrotóxicos.

RESULTADOS ESPERADOS
Detección de pacientes mayores 70 años con disminución de la función renal
Ajuste y/o retirada de los fármacos potencialmente nefrotóxicos en los pacientes que se ha detectado limitación en la función renal.

MÉTODO
Realización del FG y el Cockcroft-Gault al 100% de los pacientes mayores de 70 años.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1206

1. TÍTULO

VALORACION DE LA FUNCION RENAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS

A todos los pacientes a los que se ha realizado el FG y han visto afectada su función renal, se procede a una revisión sistemática de la medicación que llevan y a la retirada, si es posible, de la mayor parte de los fármacos nefro-tóxicos.

Valoración del 100% de los pacientes con triple Whammy y retirada de los fármacos nefrotóxicos.

INDICADORES

- % pacientes > 70 años con realización de analítica para obtención de creatinina y después valorar según fórmula de Cockcroft-Gault. Clasificación según la misma de la Enfermedad Renal Crónica.

- % pacientes con intervención clasificados sin ERC

- % pacientes con intervención clasificados con ERC

-% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento / % pacientes con intervención clasificados con ERC

-% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento y se ha realizado desprescripción o triple Whammy /% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento

DURACIÓN

Mayo 2017: Obtención de los listados de pacientes > 70 años

Mayo 2017-Noviembre 2017: Realización de FG, clasificación de los paicnets, y consulta de optimización.

Dicimebre 2017: evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1206

1. TÍTULO

VALORACION DE LA FUNCION RENALEN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE EDUARDO COMAS RIBAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CEDRILLAS
· Localidad CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO VALBUENA AINARA
SANZ BARAJAS PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha medido el indice de Cockcroft al 90% de los pacientes mayores de 70 años, hasta que estuvo disponible solicitar filtrado glomerular.

Se ha clasificado a los pacientes según su grado de insuficiencia renal.

Se ha procedido a ajustar o retirar los fármacos no adecuados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha evaluado al 90% de los pacientes seleccionados

Menos del 10% de los paciente, no padecian algún grado de ERC

Al 28% de los pacientes clasificados como ERC se les ha modificado el tratamiento

Al 5% de los pacientes clasificados como ERC se les ha realizado desprescripcion de triple Wammy

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Practicamente la totalidad de los pacientes mayores de 70 años, padecen algún grado de ERC, algunos en grado importante, hasta un 15% con grado 3b o superior. Una mayoría de ellos están en tratamiento, con fármacos no apropiados, o a dosis no apropiadas, especialmente AINES -incluso por autoprescripcion, o de forma ocasional-metformina, o triple wammy.

Desde hace unos meses, en Receta electronica, aparece la cifra de filtrado glomerular en los pacientes que la tienen solicitada. hemos llegado a la conclusion que hay que tenerla MUY presente, en los tratamientos crónicos, pero también en los agudos -AINES, Antibióticos-, prescribiendo otras alternativas, o ajustando dosis.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1206 ===== ***

Nº de registro: 1206

Título
VALORACION DE LA FUNCION RENAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS

Autores:
COMAS RIBAS EDUARDO, ALONSO VALBUENA AINARA, SANZ BARAJAS PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CEDRILLAS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Enfermedad Renal Crónica
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes ancianos debido al envejecimiento fisiológico y/o a enfermedades crónicas pueden tener cierto grado de Insuficiencia Renal. Dichos pacientes además suelen estar polimedcados, con fármacos no siempre nefro-saludables (apropiados). Se ha detectado la necesidad de valorar la función renal en este perfil de pacientes, optimizando el uso de fármacos, evitando los potencialmente nefrotóxicos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1206

1. TÍTULO

VALORACION DE LA FUNCION RENALEN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS

RESULTADOS ESPERADOS

Detección de pacientes mayores 70 años con disminución de la función renal
Ajuste y/o retirada de los fármacos potencialmente nefrotóxicos en los pacientes que se ha detectado limitación en la función renal.

MÉTODO

Realización del FG y el Cockcroft-Gault al 100% de los pacientes mayores de 70 años.
A todos los pacientes a los que se ha realizado el FG y han visto afectada su función renal, se procede a una revisión sistemática de la medicación que llevan y a la retirada, si es posible, de la mayor parte de los fármacos nefro-tóxicos.
Valoración del 100% de los pacientes con triple Whammy y retirada de los fármacos nefrotóxicos.

INDICADORES

- % pacientes > 70 años con realización de analítica para obtención de creatinina y después valorar según fórmula de Cockcroft-Gault. Clasificación según la misma de la Enfermedad Renal Crónica.

- % pacientes con intervención clasificados sin ERC

- % pacientes con intervención clasificados con ERC

-% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento / % pacientes con intervención clasificados con ERC

-% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento y se ha realizado desprescripción o triple Whammy /% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento

DURACIÓN

Mayo 2017: Obtención de los listados de pacientes > 70 años
Mayo 2017-Noviembre 2017: Realización de FG, clasificación de los paicnets, y consulta de optimización.
Dicimebre 2017: evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1209

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS, DEL SECTOR DE TERUEL

Fecha de entrada: 30/10/2017

2. RESPONSABLE FRANCISCO JOSE MUÑOZ OBON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CEDRILLAS
· Localidad CEDRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ RUBIO MARIA CONCEPCION
JULIAN MARTINEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de dos tipos de talleres grupales

1.- Los dirigidos a pacientes diagnosticados de Asma-EPOC

2.- Los dirigidos a los cuidadores de dichos pacientes, en este caso al personal sociosanitario de la Residencia de personas mayores de Cedrillas.

GRUPOS:

1.- Grupo de personal sociosanitario de la Residencia. (7 personas)

2.- Grupo de El Pobo (2 personas).

3.- Grupo Villarroya de los Pinares (3 personas)

4.- Grupo Cedrillas (9 personas)

MATERIAL Y METODO.-

- Inhaladores vacíos, cámara espaciadora, y los inhaladores propios de los pacientes

- Contamos con el apoyo de un documento, del Grupo de Respiratorio de Osatzen, en formato pdf.

Se trata de un taller de uso de inhaladores con ilustraciones fáciles de comprender por el paciente y el cuidador

PLANING:

***Debido a que se nos incluyó en el PROGRAMA DE CRIBADO DE CCR y su coincidencia con el periodo vacacional se retrasaron todos los talleres a septiembre. (Este hecho no supuso ningún trastorno al ser pocos los pacientes.)

MARZO DE 2017.- Inclusión de pacientes en el programa

- Mediante el programa OMMI se realizan listados de los pacientes que presentan estos diagnósticos y que pertenecen a nuestros centros. Además se consulta uno por uno para comprobar quienes usan inhaladores. (con la colaboración de sus médicos)

- Este punto no lleva tiempo, y nos sirve para detectar pacientes que solamente pasan cortos periodos de tiempo en nuestros centros (desplazados) y a los que se les aplica cartera de servicios sin que proceda.

- De un total de 29 pacientes diagnosticados con EPOC en nuestra zona de influencia (2,41% de prevalencia de esta enfermedad en la zona de Salud), 23 llevan inhaladores en su tratamiento.

Esto supone que un 79,31% de pacientes con EPOC usan inhaladores.

SEPTIEMBRE de 2017(1).- Taller en El Pobo

Asisten 2 pacientes

En este taller detectamos el mal uso que se hace por parte de un paciente de los inhaladores de polvo seco

SEPTIEMBRE de 2017(2).- Taller en la residencia de personas mayores de Cedrillas

Asisten 7 cuidadores

En este taller se detecta que pocas veces se sigue la pauta de limpieza de los inhaladores y el problema de hongos que eso supone.

SEPTIEMBRE de 2017(3).- Taller en Villarroya de los Pinares

Asisten 3 pacientes

En este taller detectamos el mal uso que se hace de un inhalador presurizado por parte de las personas mayores por resultar complicado. Se pide cambiar de tipo de inhalador a su médico.

SEPTIEMBRE de 2017(4).- Taller en Cedrillas

Asisten 8 pacientes

Insistimos en el uso de la cámara espaciadora, ya que no se usa apenas y podría ser beneficiosa para estos pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1209

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS, DEL SECTOR DE TERUEL

RESULTADOS NO EVALUABLES AL SER EL PRIMER AÑO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En UN taller detectamos el mal uso que se hace por parte de un paciente de los inhaladores de polvo seco, EN OTRO se detecta que pocas veces se sigue la pauta de limpieza de los inhaladores y el problema de hongos que eso supone.

ADEMAS detectamos el mal uso que se hace de un inhalador presurizado por parte de las personas mayores por resultar complicado. Se pide cambiar de tipo de inhalador a su medico.

Por ultimo Insistimos en el uso de la camara espaciadora, ya que no se usa apenas y podria se beneficiosa para estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

REGISTRO.-

Nos surgen dudas a la hora del registro de la actividad en OMI-Ap entre estas tres posibilidades:

1/ Registrarlo como AP-EDUCACION PARA LA SALUD>AP EDUCACION A GRUPOS.

2/ Registrarlo como AP-ENFERMERIA>AP-ACTIVIDADES>EDUCACION SANITARIA>EPS INDIVIDUAL>Inf uso de inhaladores

3/ Registrarlo como AP-ENFERMERIA>AP-ACTIVIDADES>EDUCACION SANITARIA>EPS GRUPAL>Eduacion a grupos Asma-Epoc

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1209 ===== ***

Nº de registro: 1209

Título
EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS, DEL SECTOR DE TERUEL

Autores:
MUÑOZ OBON FRANCISCO JOSE, SANCHEZ RUBIO MARIA CONCEPCION, JULIAN MARTINEZ ANA, SUAREZ CRESPO SUSANA, RICO GASCON SILVIA, BESER MORTE CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CEDRILLAS

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 han detectado por parte de todos EAP necesidades de formación a los pacientes en el uso de inhaladores puesto que o no se utilizan de manera correcta porque la situación basal del paciente no lo permite o porque no se conoce o se ha depurado la técnica como seguimiento de los mismos pacientes. Por otro lado La situación de partida en el diagnóstico de EPOC en el Sector de Teruel es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se han aunado esfuerzos para desarrollar una serie de proyectos con los objetivos comunes de mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores, con un aumento de la realización de espirometrías, y mejorar el tratamiento en este perfil de pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el uso de inhaladores por parte de los pacientes con diagnóstico de Asma EPOC en los pacientes del Centro de Salud de Cedrillas.

Disminuir el número de exacerbaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.

Disminuir la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1209

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CEDRILLAS, DEL SECTOR DE TERUEL

Realización de talleres de educación grupal compuestos por 2 a 10 pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado (convencional o activado por la inhalación) o de polvo seco (unidosis o multidosis) .

- Cartucho presurizado: Autohaler o presurizado (Ventolín)
- Polvo seco: Accuhaler, Turbuhaler, Novolizer, Twisthaler

En ellos, además de especificar concretamente el procedimiento de dispensación del medicamento, se propondrán las medidas necesarias de limpieza del dispositivo además de las necesidades del propio paciente después del mismo tratamiento.

Para la realización de estos talleres se dispondrá de los inhaladores propios de los pacientes y de una cámara espaciadora para exponer la inhalación con este tipo de material.

Este tipo de talleres se realizará con frecuencia trimestral (3 en 2017), se llevarán a cabo por personal de enfermería.

INDICADORES

- % Pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>80%) según e-receta
- % pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>80%)
- % paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>70%)
- % pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%)

La evaluación de los indicadores se realizará mediante revisión de la Historia Clínica en OMI- AP, para la valoración del número de agudizaciones y episodios de candidiasis; y de Historia Clínica Electrónica de todos los pacientes incluidos en el programa

DURACIÓN

Marzo 2017: Inclusión de los pacientes en los talleres mediante entrevista y selección consecutiva de la muestra.

Abril 2017: Primer taller de formación a pacientes

Junio-Julio 2017: Segundo taller de formación a pacientes

Septiembre 2017: Tercer taller de formación a pacientes

Diciembre 2017: Evaluación de los indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0139

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CELLA

Fecha de entrada: 28/01/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN HERNANDEZ RAQUEL
SUMSKY SUMSKY SERGIO
HERNANDEZ DIAZ ROGELIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se instauró el carro de paradas en la sala de Urgencias, en una zona accesible, cercana a la puerta de entrada, cerca de las salas de oxígeno y de un punto de electricidad. Su ubicación es conocida por todos los profesionales del centro que llegado el momento deban utilizarlo.
-Se realizaron sesiones de recuerdo a los profesionales del centro de la RCP básica y avanzada, así como también colocación de los algoritmos actualizados en lugar visible junto al carro.
-Se han hecho las correspondientes revisiones pautadas en el calendario durante los meses de febrero, mayo y agosto con la consiguiente revisión de caducidades, reposición de materiales caducados, firmados por el profesional que lo ha llevado a cabo.
-Se elaboró un listado con mediación y material con el que se dotó el carro. Listado que nos sirve de pauta en cada revisión, en la que se incluye para cada elemento: la fecha de caducidad, la fecha de reposición y el profesional que realiza la revisión del mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Hemos garantizado la atención sanitaria de calidad a la población del Centro de Salud de Cella, para ello ha sido imprescindible dotar al centro de la instalación del material necesario.
-Hemos unificado los criterios referentes a la revisión y mantenimiento de los dispositivos para la atención urgente (carro de paradas).
-Hemos revisado y actualizado la relación del material sanitario y de los medicamentos que forman parte del dicho dispositivo.
-Se ha difundido la información a todos los profesionales conforme se estableció en el proyecto
-Respecto a los recursos utilizados, el centro ha recibido recientemente un carro de paradas nuevo propiamente dicho en el cual se ha colocado todo el material y medicación correspondiente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-En cuanto a la evaluación del proyecto podemos determinar que todos los indicadores para la valoración del cumplimiento previsto son > 95% en estos momentos.
-Dadas las características del proyecto podemos concluir que se trata de un proyecto de seguimiento anual que precisa análisis y control permanente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/139 ===== ***

Nº de registro: 0139

Título
IMPLANTACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CELLA

Autores:
NAVARRO RUEDA MARIA JOSE, MARTIN HERNANDEZ RAQUEL, SUMSKY SUMSKY SERGIO, HERNANDEZ DIAZ ROGELIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

TEMAS

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

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0139

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CELLA

PROBLEMA

Los carros de parada son elementos indispensables en cualquier centro sanitario para atender, en condiciones óptimas los casos de PCR con un material específico. En general estos carros se utilizan en contadas ocasiones, pero dado que se usan en situaciones de urgencia, es necesario protocolizar el material que debe incluir, como debe estar ordenado, revisar caducidades, etc. Para que llegado el momento esté disponible todo lo necesario minimizando la posibilidad de error. Por ello creemos conviene la instauración y mantenimiento del mismo en Centro de Salud de Cella.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general: garantizar óptima atención sanitaria a la población en situación de urgencias vital en Centro de Salud de Cella.

Objetivos específicos:

- 1.-difundir a los profesionales que conforman el equipo el reconocimiento de las situaciones de riesgo vital y actuación médica adecuada que requieran uso del carro de paradas, así como mantenimiento y reposición periódica del mismo.
- 2.-protocolizar el mecanismo de revisión del carro y reposición de material y farmacos que lo componen.

MÉTODO

- 1.-instauración del carro de paradas en la sala de urgencias.
- 2.-sesiones clínicas formativas a los profesionales sanitarios del Centro de Salud.
- 3.-control de caducidad y reposición de material caducado o gastado, mediante hoja de revisión, fecha de la misma, firma del profesional que realice la actividad, etc.
- 4.-elabora el listado de medicación y material del carro (hoja Excel).
- 5.-los profesionales del equipo se comprometerán a guardar, mantener y conservar adecuadamente el material, debiendo almacenarse en las condiciones específicas de cada sustancia.

INDICADORES

La evaluación del proyecto, se llevará a cabo cada año, según el criterio:

- numero de revisiones firmadas en la hoja de registro (carro de parada) x 100 / nº total de revisiones
 - registro de la revisión del correcto funcionamiento del DEA
 - registro de la revisión del correcto funcionamiento del laringoscopio
 - registro de la revisión del correcto funcionamiento del ambú
 - nº de sesiones realizadas en el Centro de Salud relacionadas con el tema x 100 / nº total de sesiones programadas.
- Objetivo: cumplimiento > 95%.

DURACIÓN

Está previsto iniciar el proyecto en enero del 2017:

- enero: implantación del carro y listado de medicación y material, inicio de sesiones clínicas informativas: 1º sesión en enero, 2º en abril, 3º en septiembre y 4º en diciembre de 2017
- febrero: inicio de revisiones protocolizadas acorde a lo previsto.

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: 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 - 2016/0373

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS DATOS DE USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CELLA (TERUEL) EN EL PROGRAMA INFORMATICO BDU (BASE DE DATOS DE USUARIOS)

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ROGELIO HERNANDEZ DIAZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CELLA
· Localidad CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN HERNANDEZ RAQUEL
SUMSKY SUMSKY SERGIO
MIEDES FRIAS CARMEN
CERESUELA LOPEZ AMELIA
GARAY LALMOLDA PILAR
NAVARRO RUEDA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Seguimos corrigiendo filiaciones (la administrativa y con la ayuda de un cartel por consultorio y todo el equipo que nos recoge los datos que aportan los pacientes)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
126 filiaciones incorrectas de los que hay constancia de corrección .Las hay mas que se han corregido espontáneamente por involucrarse en interconsultas virtuales ect... que precisan de correccion

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Bien parece que es un proyecto que sería recomendable evaluar si extender a otros lugares, pues puede ser un problema sistémico y para la implementación precisa de nuevas iniciativas puede ser necesario

7. OBSERVACIONES.
Gracias

*** ===== Resumen del proyecto 2016/373 ===== ***

Nº de registro: 0373

Título
ACTUALIZACION DE LOS DATOS DE USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CELLA (TERUEL) EN EL PROGRAMA INFORMATICO BDU (BASE DE DATOS DE USUARIOS)

Autores:
HERNANDEZ DIAZ ROGELIO, MARTIN HERNANDEZ RAQUEL, SUMSKY SUMSKY SERGIO, MIEDES FRIAS CARMEN, CERESUELA LOPEZ AMELIA, GARAY ALMOLDA PILAR, NAVARRO RUEDA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

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

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

PROBLEMA
Hemos observado en nuestra práctica diaria que los datos de filiación de los pacientes que figuran en la Base de Datos de los Usuarios (BDU), no se encuentran actualizados en algunos casos. Probablemente esto se deba a la no notificación por parte de los mismos de las modificaciones que se producen en ellos a lo largo del tiempo. Este hecho, repercute directamente sobre la gestión correcta, segura y a tiempo de la asistencia tanto urgente como programada en nuestro centro de Salud y también influye negativamente en el ámbito Atención Especializada. La actualización de dichos datos puede contribuir a una mejora en la gestión de la atención.

RESULTADOS ESPERADOS
-El objetivo del proyecto es actualizar los datos incorrectos de la BDU de los usuarios del Centro de Salud de Cella, para un manejo correcto de la actividad del Centro y también válida para otros niveles de atención .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0373

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LOS DATOS DE USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CELLA (TERUEL) EN EL PROGRAMA INFORMATICO BDU (BASE DE DATOS DE USUARIOS)

MÉTODO

Métodos y actividades de mejora en el Centro de Salud de Cella:

A-Diseño de Carteles recordatorios dirigidos a los usuarios, en los que se les recuerde la importancia de comprobar y actualizar sus datos de filiación.

Se colocarán en sitios estratégicos del Centro de Salud.

B-Elaboración de una ficha a rellenar por los usuarios, con los campos de la BDU que precisen modificación.

Se entregará al usuario y este la devolverá una vez cumplimentada en Admisión del Centro de Salud.

C-Transcripción de los datos de la ficha al programa informático BDU, con las correcciones pertinentes.

INDICADORES

-Indicadores :

Número de usuarios corregidos: (número de fichas).

Campo más frecuentemente erróneo (teléfono, dirección o el que proceda...).

DURACIÓN

-Calendario de desarrollo y evaluación:

Enero de 2017: elaboración y colocación de los carteles.

Enero de 2017 a Diciembre de 2017, desarrollo del programa.

Junio 2017 primera evaluación semestral.

Diciembre 2017: evaluación anual.

OBSERVACIONES

Dado que se considera un programa de mejora continua, se puede considerar la ampliación al año 2018.

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 : 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 - 2016/1183

1. TÍTULO

VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 70 O MAS AÑOS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE AMELIA CERESUELA LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CELLA
· Localidad CELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES
GIL VALERO PILAR
GALLO BARSANTI ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se sacó la lista de pacientes mayores de 70 años por cupo. Se ha ido solicitando FG. Se ha hecho un registro de FG por paciente. Se ha analizado el FG en un 30-40% de todos los pacientes. Vamos retrasados en cuanto a análisis y falta también crear los episodios del tipo de Insuficiencia renal en OMI y en cada paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con los pocos datos recogidos hasta el momento, nos sorprende encontrar un alto porcentaje de Insuficiencia renal leve y moderada (algo más de un 40% cada una). Siendo la IR severa en torno al 1,5% y el FG normal en torno a un 12% de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debemos seguir analizando el FG en los pacientes que nos faltan, así como registrarlo en OMI con su correspondiente grado de Insuficiencia Renal. A partir de esa valoración, revisar la toma de AINES para reducir o suprimir según corresponda.

7. OBSERVACIONES.

Precisamos un año más para continuar con dicho Proyecto.
Tenemos la dificultad añadida de una baja larga del compañero de Villarquemado y prevista Jubilación.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1183 ===== ***

Nº de registro: 1183

Título
VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 75 O MAS AÑOS

Autores:
CERESUELA LOPEZ AMELIA, OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES, GIL VALERO MARIA PILAR, GALLO BARSANTI ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Nefrología
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Valorar la función renal en pacientes de 75 o más años para evitar el efecto "Triple Whammy" de los AINES y otros fármacos con potencial nefrotóxico.
Disminuir el deterioro renal de la población susceptible.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir yatrogenia y del "Triple Whammy" (IECA o ARA II + Diuretico + AINE)
Control del uso de AINES en dicha población

MÉTODO

Realizar a los paciente de la población diana, al menos una valoración del filtrado glomerular al año, a través de la fórmula de Cockcroft-Gault.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1183

1. TÍTULO

VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 70 O MAS AÑOS

INDICADORES

Se registrara un episodio en OMI con el estadío del deterior de la FG.

DURACIÓN

El proyecto se iniciará el 1/4/2017

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 - 2016/1190

1. TÍTULO

DAR FORMACION A LOS PACIENTES CON INHALADORES EN EL CENTRO SALUD DE CELLA

Fecha de entrada: 28/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MONCLUS MARIA DESAMPARADOS
GIL VALERO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Re-evaluación sobre los diferentes dispositivos de inhaladores utilizados en este tipo de patología. (Epoc)
-Se citaron pacientes individualmente en consulta, con patología de Epoc y que utilizan diariamente inhaladores.
-Se vuelve a comprobar la técnica del manejo del dispositivo, para ello los pacientes aportan sus propio dispositivo inhaladores
-Se les vuelve a instruir en su correcta utilización aquellos cuya técnica no es correcta
-Posteriormente seguimiento periódico de los pacientes en las consultas de enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Detectar y subsanar errores en el manejo de inhaladores. -Conseguir menos re-agudizaciones de la enfermedad.
-Disminuir la asistencia a las consultas medicas. -Disminuir la cantidad de ingresos hospitalarios.
-Mejorar la adhesión del paciente al tratamiento, conseguir el efecto deseado con el inhalador.
-Mejorar la calidad de vida de estos pacientes, (ademas en nuestro caso pacientes de edad avanzada)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-1/3 de los pacientes tienen una buena técnica de utilización de dispositivos.
-2/3 cometen errores en la técnica de administración :_
-Mala sincronizan activación dispositivo con la inspiración
-Sellar con los labios al dispositivo
-No inspirar profundamente en dispositivos de polvo seco
-Respirar muy pronto tras la inhalación
-Tenemos que insistir en las características de los pacientes así como su habilidad, preferencias y comprensión.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1190 ===== ***

Nº de registro: 1190

Título
DAR FORMACION A LOS PACIENTES SOBRE INHALADORES

Autores:
GRACIA ORTIZ FERNANDO, GARCIA MONCLUS AMPARO, GARCIA LOZANO CARMEN, MARTIN HERNANDEZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se detecta necesidad de mejorar la utilización de inhaladores

RESULTADOS ESPERADOS

Dirigido a pacientes con enfermedades respiratorias que utilicen inhaladores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1190

1. TÍTULO

DAR FORMACION A LOS PACIENTES CON INHALADORES EN EL CENTRO SALUD DE CELLA

MÉTODO

Sesiones de formación a los pacientes con enfermedades respiratorias en tto con inhaladores en sesiones de 2 a 6 personas con sus inhaladores.

INDICADORES

Seguimiento y valoración de las intervenciones según las reagudizaciones y candidiasis que se detecten, valorando de forma individual

DURACIÓN

Abri 2017 y a lo largo del 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 - 2016/1190

1. TÍTULO

DAR FORMACION A LOS PACIENTES CON INHALADORES EN EL CENTRO SALUD DE CELLA

Fecha de entrada: 14/02/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MONCLUS MARIA DESAMPARADOS
GIL VALERO PILAR
OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se citan pacientes individualmente y en pequeños grupos, con EPOC y que utilizan diariamente inhaladores.

Tras comprobar la técnica del manejo del dispositivo, se detectan errores de manejo utilización.

Mal posicionamiento dispositivos o mala carga, escasa inspiración
Posteriormente se les instruye en su correcta utilización. Mediante charla y demostración del correcto manejo, se corrige el mal uso de estos inhaladores (abrir o girar bien dispositivos con clip final, acercar y apretar bien ala boca, pulsar en el momento adecuado, comprobar la numeración)(enjuague bucal para los corticoides)

También se detecta que varios pacientes utilizan los dispositivos correctamente y no necesitan corrección.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En los posteriores controles se constata, que en algunos pacientes parece que ya manejan los dispositivos adecuadamente y en el resto se vuelve a insistir en su correcto manejo, volviendo a incidir en los errores cometidos.

Otro aspecto es conseguir una buena adhesión al tratamiento, cosa que mayoritariamente admiten los pacientes que realizan correctamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La conclusiones son que hay que seguir insistiendo en la buena utilización de los inhaladores, correctamente tanto mecánicamente como temporalmente (dosificación), insistiendo en posteriores controles.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1190 ===== ***

Nº de registro: 1190

Título
DAR FORMACION A LOS PACIENTES SOBRE INHALADORES

Autores:
GRACIA ORTIZ FERNANDO, GARCIA MONCLUS AMPARO, GARCIA LOZANO CARMEN, MARTIN HERNANDEZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detecta necesidad de mejorar la utilización de inhaladores

RESULTADOS ESPERADOS
Dirigido a pacientes con enfermedades respiratorias que utilicen inhaladores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1190

1. TÍTULO

DAR FORMACION A LOS PACIENTES CON INHALADORES EN EL CENTRO SALUD DE CELLA

MÉTODO

Sesiones de formación a los pacientes con enfermedades respiratorias en tto con inhaladores en sesiones de 2 a 6 personas con sus inhaladores.

INDICADORES

Seguimiento y valoración de las intervenciones según las reagudizaciones y candidiasis que se detecten, valorando de forma individual

DURACIÓN

Abri 2017 y a lo largo del 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 - 2016/1288

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD RELACIONADA CON LA PERCEPCION DE INSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES EN EL PUESTO DE TRABAJO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE CONCEPCION GOMEZ CADENAS

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS MONREAL DEL CAMPO
- Localidad MONREAL DEL CAMPO
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAINEZ LORENTE MARIA TERESA
PEÑA CLEMENTE FELIX

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- A principios de año se revisó la situación de los Protocolos sobre Prevención de Violencia en el puesto de trabajo.
- Se comunicó a la Dirección de Atención Primaria la puesta en marcha de algunas de las actividades planteadas. (Contactos realizados con el Servicio de Riesgos Laborales y con Guardia Civil de Monreal del Campo)
- En reunión con el resto de profesionales del Centro de Salud se comunicaron las actividades que se pretendían realizar, se informó sobre la existencia de un plan de prevención contra la violencia en el lugar de trabajo, y sobre cómo se debía proceder para comunicar a riesgos laborales cualquier incidente de este tipo.
- Se diseñó estrategia de actuación conjunta con la Guardia Civil (GC) que incluía como primera medida una sesión formativa a todos los profesionales del Centro de salud que se realizó el martes 11 de abril del 2017 (a la que acudió la Directora de AP)
- Tras la charla con la Guardia Civil se reúnen el responsable del proyecto y un miembro del equipo de mejora para extraer conclusiones y recomendaciones.

Se solicitan mejoras en las medidas de seguridad pasiva:

- a. Copia de llave de la puerta principal.
- b. Habilitar consulta anti pánico con cerrojos.
- c. Teléfono con llamada prefijada a Guardia Civil
- d. Reorientar la cámara de video portero para que enfoque bien la entrada de urgencias.
- e. Mejorar la iluminación en la zona de acceso a urgencias.
- f. Se piden sprays de defensa personal a la Dirección de AP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las mejoras en la seguridad pasiva que se han logrado han sido: mejorar la iluminación en la zona de acceso a urgencias y desde Enero 2018 se ha habilitado consulta anti pánico con cerrojos. Nos consta que desde la Dirección de AP se han solicitado en varias ocasiones los sprays de defensa personal. Estamos pendientes de recibirlos.

Estas medidas deberían conseguir mejorar la percepción de seguridad en los profesionales, pero al haber sido unas actuaciones mínimas, no consideramos que el impacto se pueda medir por el momento. Cuando se lleven a cabo la mayoría de las medidas, se realizará una encuesta para valorar el primer indicador de nuestro proyecto. Se valorará pasando encuesta a varios profesionales que hayan referido haber vivido situaciones de inseguridad que hubieran repercutido negativamente en la atención al resto de pacientes. Un profesional del EAP sufrió en diciembre 2017 un episodio de amenaza por un paciente. Por todas estas circunstancias no hemos podido analizar y valorar todos los indicadores previstos en el proyecto inicial. Esperamos poder contar con todas las medidas anteriores para volver a pasar la encuesta sobre percepción de miedo/riesgo y sobre la eficacia de las medidas de seguridad una vez realizadas todas las actividades propuestas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora considera que las actuaciones realizadas para mejorar la seguridad pasiva en el centro son insuficientes, por lo que aún quedan gran parte de actividades pendientes de realizar.

A estas se añaden:

- Revisar la distribución del mobiliario para que no existan espacios donde se puedan quedar los profesionales bloqueados o atrapados. Esto consideramos que debería hacerlo una persona experta.
- Se ha hablado con técnicos de RRL y se está buscando fecha para venir al centro de salud a dar una charla y consejos sobre actuación.

Conclusiones de la charla impartida por la guardia civil y de la reunión posterior:

- COMPORTAMIENTO recomendado por GC: tranquilidad, seguridad y autoridad.
- Ganar tiempo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1288

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD RELACIONADA CON LA PERCEPCION DE INSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES EN EL PUESTO DE TRABAJO

- Crear una habitación anti pánico donde podamos refugiarnos hasta que acuda la guardia civil.
- Es importante la altura física de los sanitarios respecto a los pacientes. Interesaría alguna charla por psicólogos expertos en este tipo de personas.
- Crear hábitos de conducta que promuevan la seguridad de los profesionales en urgencias:
- Cuando haya una llamada a domicilio en horario nocturno, evitar quedarse un profesional solo en el Centro de Salud.
- Llevar una llave de la puerta principal siempre en el bolsillo o depositada en el primer cajón de la mesa de urgencias.
- Actuar los dos profesionales de manera coordinada y al mismo nivel ante pacientes potencialmente agresivos.
- Limitar las actuaciones individuales (menos necesarias) cuando el paciente está agitado y/o agresivo.
- Atender al paciente agresivo antes que al resto de los pacientes para evitar aumentar su nerviosismo, a la vez que impediremos quedarnos a solas con él.
- En caso de producirse agresión o que veamos que es inminente poder defendernos con sprays o cualquier otro objeto que tengamos.
- Ante una agresión física o verbal siempre DENUNCIAR, el personal sanitario tiene Carácter Jurídico de Autoridad según la Ley de Seguridad 4/2005

Todas estas actuaciones deberían incluirse en la actividades a realizar de manera ordinaria en el sistema de calidad implantado en nuestro equipo, para de estar forma normalizar su cumplimiento. Una vez que todas las acciones de mejora se hayan podido realizar, y hayamos podido comprobar y analizar el resultado, consideramos que sería interesante trasladar estas acciones al resto de los centro de salud de nuestro sector.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1288 ===== ***

Nº de registro: 1288

Título
MEJORA DE LA CALIDAD RELACIONADA CON LA PERCEPCION DE INSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES EN EL PUESTO DE TRABAJO

Autores:
GOMEZ CADENAS CONCHA, LAINEZ LORENTE MARIA TERESA, PEÑA CLEMENTE FELIX, ZAFRA CORELLA FRANCISCA, ASCOZ HERRANDO CARLOS, ESCUSA ANADON CORINA, MARTIN NAVARRO MARIA JOSE, IZQUIERDO ALLUEVA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONREAL DEL CAMPO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INSEGURIDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORAR LA SEGURIDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En febrero de 2014, la persona responsable de este proyecto sufrió un episodio de violencia verbal en su trabajo. La actuación fue:
1º) Comunicación con el coordinador del CS y en reunión de equipo con el resto de los compañeros. En dicha reunión se solicitó que se arreglaran los videoporteros. 2º) Registro de del incidente en Historia Clínica, Dirección y Riesgos Laborales. 3º) Al verse implicados otros servicios: Guardia Civil (GC) y Juzgado, se solicitó asesoramiento y ayuda jurídica si fuera necesaria.
La respuesta recibida desde dirección fue: 1º) Se facilitó el Plan prevención de violencia en el puesto de trabajo de 2006. 2º) Se ofertó ayuda jurídica pero no fue necesaria.
En octubre de 2014 otra compañera comunicó una situación de percepción de riesgo en el domicilio de un paciente y realizó todos los trámites administrativos requeridos.
A lo largo del 2014 y 2015 en la zona de salud ha habido muchos robos y en uno de ellos el desenlace fue un asesinato.
Marzo 2015. Nueva situación de riesgo y percepción de amenaza (verbal) con el agravante de que para avisar discretamente a la GC, una persona se queda sola con el agresor. Al tener que abandonar la otra la sala para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1288

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD RELACIONADA CON LA PERCEPCION DE INSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES EN EL PUESTO DE TRABAJO

llamar por teléfono. El agresor y la persona que se queda con él, son los mismos que vivieron el acontecimiento de febrero de 2014. El agresor reconoce a esta persona y le recrimina que se avisara a la Guardia Civil. Esta situación genera temor en el profesional y por ello únicamente comunica lo sucedido a dirección, sin tramitar el parte a RRLl por temor a que se le envíe una carta al agresor y ello empeore las cosas.

En abril de 2015 se recibe por correo electrónico el nuevo protocolo donde existe la posibilidad de poder elegir que no se mande carta al agresor.

DETECTAMOS COMO PROBLEMAS:

- Muchos trámites a la persona que ha recibido la agresión. Creemos que al agredido se exige le demasiada burocracia cuando lo que quiere es "olvidar la situación" y además temen las consecuencias.
- Desconocimiento de la existencia de Planes y protocolos
- No hay feed-back
- Percepción de inseguridad.
- Trabajar con miedo repercute en los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la satisfacción de los profesionales ante la gestión y los resultados de las actividades realizadas para mejorar su seguridad.
- Mejorar la atención a los pacientes secundariamente a mejorar la situación de los profesionales.

MÉTODO

Las actividades realizadas hasta ahora son: 1º) Encuesta a todos los profesionales del CS preguntando si habían vivido situaciones de miedo, amenazas o agresiones. 2º) Reunión con el CS para presentar resultados de esta encuesta. 3º) Resumen que se presentó en las Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud celebradas en Zaragoza el 15 de junio de 2016. 4º) De manera informal se comentó con coordinador y Dirección la pertinencia de mejorar las medidas de seguridad pasivas en el centro. 5º) Se mantuvo conversación informal con la GC de Monreal del Campo, explicando que estábamos realizando este proyecto. La GC se ofreció a darnos formación sobre cómo actuar ante personas y situaciones violentas. 6º) Se habló telefónicamente con RRLl y con Dirección de AP para solicitar su implicación.

Los resultados obtenidos en 2015/2016 fueron:

- Número de personas que respondieron a la encuesta han sido 22 (17 mujeres y 5 hombres). Con los resultados se elaboraron dos tablas. En la 1ª tabla valoramos percepción de riesgo/miedo con respecto a la peor situación vivida: 6 personas que tenían una percepción media/alta de miedo en consulta, 8 en domicilio y 12 en atención continuada. Donde mayor es la percepción de riesgo es en atención continuada (más del 50% de los profesionales ante situación de violencia han tenido percepción media-alta de miedo). En la 2ª tabla: se valoran los sistemas de seguridad: solo dos personas se sienten totalmente seguras y nunca han tenido percepción de inseguridad. La mayoría cree que no hay suficientes sistemas de seguridad (aproximadamente un 77%). Donde menos seguridad se percibe es en el domicilio del paciente.

Como actividades pendientes quedan: recibir formación específica, mejorar las medidas pasivas de seguridad, diseñar un protocolo de actuación, realizar un role playing.

INDICADORES

En 2015/2016 se analizó y valoró por medio de una encuesta:

- Percepción de riesgo/miedo.
- Percepción de validez de los sistemas de seguridad.

En 2017 se analizarán y evaluarán los mismos indicadores una vez realizadas las actividades propuestas

DURACIÓN

- Febrero 2017 Solicitud formalizada a Guardia Civil para recibir curso de formación.
- Marzo 2017 Curso de formación impartido por GC.
- De abril a julio: elaboración de protocolo siguiendo indicaciones de formación recibida y solicitud de medidas de seguridad pasiva específicas.
- De agosto a septiembre: diseñar taller role playing.
- De octubre a noviembre: realizar role playin, mejorar la seguridad pasiva y la comunicación con RRLl.
- Diciembre 2017 Volver a pasar las encuestas de percepción de seguridad y evaluar

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 - 2016/1238

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON ASMA-EPOC

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE FERNANDO CLEMENTE IBAÑEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MORA DE RUBIELOS
· Localidad MORA DE RUBIELOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA
VIVO LAZARO JOSE LORENZO
GÜELL AYUDA JUAN
MORA PALOMARES DOMINGO
COBOS COBOS MARCELO
ARGILES HERNANDEZ LUISA
AZNAR MORRO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE HAN REALIZADO TALLERES DURANTE LOS TRIMESTRES 2º 3º Y 4º DEL AÑO 2017 POR LOS PROFESIONALES MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA DIRIGIDOS A LOS PACIENTES DE ASMA EPOC DE SUS RESPECTIVAS LOCALIDADES ASIGNADAS
SE HA CUMPLIDO CON EL CALENDARIO MARCADO
SE HAN UTILIZADO LOS INHALADORES DE LOS PROPIOS PACIENTES
LA ESTRATEGIA SEGUIDA HA SIDO ACORDADA EN REUNIÓN DE EQUIPO POR TODOS LOS PROFESIONALES
A LOS PACIENTES SE LES HA CITADO PERSONALMENTE

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores propuestos a evaluar y resultado
% Pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>80%) según e-receta. Resultado 82% (45/55)
% pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>75%). Resultado 80% (44/55)
% paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>70%). Resultado 85% (47/55)
% pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%) Resultado 91% (50/55)

La evaluación de los indicadores se ha realizado mediante revisión de la Historia Clínica en OMI- AP, para la valoración del número de agudizaciones y episodios de candidiasis; y de Historia Clínica Electrónica de todos los pacientes incluidos en el programa

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL EQUIPO DE MEJORA HA VALORADO MUY POSITIVAMENTE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DADO QUE LOS OBJETIVOS ALCANZADOS HAN ESTADO POR ENCIMA DE LOS INDICADORES MARCADOS INICIALMENTE
EL PROYECTO ES MUY SOSTENIBLE Y LAS POSIBILIDADES DE REPLICACIÓN SON MUY ALTAS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1238 ===== ***

Nº de registro: 1238

Título
EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON ASMA - EPOC

Autores:
CLEMENTE IBAÑEZ FERNANDO, ROCA MUÑOZ MARIAN, GÜELL AYUDA JUAN, MORA PALOMARES DOMINGO, VIVO LAZARO JOSE LORENZO, ARGILES HERNANDEZ LUISA, AZNAR MORRO JOSE, MENDEZ SORIANO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORA DE RUBIELOS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1238

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON ASMA-EPOC

PROBLEMA

Se han detectado por parte de todos EAP necesidades de formación a los pacientes en el uso de inhaladores puesto que o no se utilizan de manera correcta porque la situación basal del paciente no lo permite o porque no se conoce o se ha depurado la técnica como seguimiento de los mismos pacientes. Por otro lado, la situación de partida en el diagnóstico de EPOC en el Sector de Teruel es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se han aunado esfuerzos para desarrollar una serie de proyectos con los objetivos comunes de mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores, con un aumento de la realización de espirometrías, y mejorar el tratamiento en este perfil de pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el uso de inhaladores por parte de los pacientes con diagnóstico de Asma EPOC en los pacientes del Centro de Salud de Mora de Rubielos.
Disminuir el número de exacerbaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.
Disminuir la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis

MÉTODO

Realización de talleres de educación grupal compuestos por 2 a 10 pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado (convencional o activado por la inhalación) o de polvo seco (unidosis o multidosis).
Cartucho presurizado: Autohaler o presurizado (Ventolín)
Polvo seco: Accuhaler, Turbuhaler, Novolizer, Twisthaler
En ellos, además de especificar concretamente el procedimiento de dispensación del medicamento, se propondrán las medidas necesarias de limpieza del dispositivo además de las necesidades del propio paciente después del mismo tratamiento.
Para la realización de estos talleres se dispondrá de los inhaladores propios de los pacientes y de una cámara espaciadora para exponer la inhalación con este tipo de material.
Este tipo de talleres se realizará con frecuencia trimestral (3 en 2017), se llevará a cabo por personal de enfermería y medicina.

INDICADORES

Los indicadores que se van a evaluar son los siguientes:
% Pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>80%) según e-receta
% pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>75%)
% paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>70%)
% pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%)

La evaluación de los indicadores se realizará mediante revisión de la Historia Clínica en OMI- AP, para la valoración del número de agudizaciones y episodios de candidiasis; y de Historia Clínica Electrónica de todos los pacientes incluidos en el programa

DURACIÓN

Inicio 2º trimestre 2017 y finalización 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 - 2016/1239

1. TÍTULO

MEDIDA PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 207 EN EL SECTOR DE TERUEL. SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE LORENZO VIVO LAZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MORA DE RUBIELOS
· Localidad MORA DE RUBIELOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORA PALOMARES PEDRO
CLEMENTE IBAÑEZ FERNANDO
GÜELL AYUDA JUAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reuniones del EAP para valorar la situacion inicial y el seguimiento del Cuadro de Mandos de Farmacia en relacion a la seleccion eficiente de IBP's
- Analisis de la documentacion recibida en relacion a las indicaciones y seleccion eficiente de IBP's
-Explicacion a los pacientes en consulta la existencia de distintos IBP's y su utilización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Se ha alcanzado el objetivo :
Marzo 77,13% Diciembre: 78,96
-Todos los profesionales estamos muy por encima de los indicadores para el Sector (64,55%) y para Aragon (72,25%) en Diciembre 2017

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las localidades más pequeñas con indicadores altos pocas variaciones absolutas hacen movimientos importantes en los porcentajes.
En estos niveles de eficiencia es muy dificil la mejora, al estar influenciada por las prescripciones provenientes de Atención Especializada, sobre la que no podemos actuar.
Deberemos seguir en la misma linea de eficiencia, recomendando la intervencion sobre la prescripción de Atención Especializada para mejorar la eficiencia global.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1239 ===== ***

Nº de registro: 1239

Título
MEDIDA PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL SECTOR E TERUEL. SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Autores:
VIVO LAZARO JOSE LORENZO, CLEMENTE IBAÑEZ FERNANDO, GÜELL AYUDA JUAN, MORA PALOMARES DOMINGO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORA DE RUBIELOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Sector Teruel, el incremento del gasto acumulado en el año 2016/2015 ha sido del 6,91%, debido al incremento del número de recetas (1,71%) y del gasto medio por receta (GPR) (5%). Ajustar el GPR es uno de los objetivos del programa de Uso Racional del Medicamento (URM) en Aragón mediante medidas como la selección eficiente de moléculas, entre otras.
En 2016, los inhibidores de la bomba de protones (IBP) (A02BC) constituyeron el subgrupo terapéutico de mayor

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1239

1. TÍTULO

MEDIDA PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 207 EN EL SECTOR DE TERUEL. SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

gasto para el Sector Teruel (903.537 € y 4.163.808 DDDs). Los principios activos del subgrupo ordenados de mayor a menor gasto fueron: pantoprazol (269.599 € y 493.420 DDDs), omeprazol (266.235 € y 288.439 DDDs) y lansoprazol (198.277 €, 4.075 DDDs)1.

A fecha 1 de marzo de 2017, 13.301 pacientes en el Sector Teruel tienen una prescripción activa de un IBP en receta electrónica; el 65,95% mantienen tratamiento con omeprazol (A02BC01) frente al 34,43% que tienen prescripciones activas de otros IBPs: pantoprazol (A02BC02) o lansoprazol (A02BC03) o rabeprazol (A02BC04) o esomeprazol (A02BC05) o esomeprazol+naproxeno (M01AE52).

El Sector Teruel presenta los peores resultados en selección eficiente de IBP con respecto a la media de Aragón, donde el 73,45% de los pacientes están en tratamiento con omeprazol2.

RESULTADOS ESPERADOS

Siguiendo las líneas estratégicas de URM en Aragón, el objetivo principal de este proyecto es impulsar la selección eficiente de IBP para ajustar el gasto medio por receta en 2017. Tras el análisis de consumos y de los perfiles de prescripción, la selección eficiente de IBP es una actuación necesaria para promover el URM en el Sector Teruel.

Omeprazol es el IBP de elección frente al resto de principios activos del mismo subgrupo terapéutico, es el de mayor experiencia de uso, mejores y más prolongados estudios de seguridad y además, es el IBP de menor coste. Por ello, a igualdad de eficacia y seguridad, es el fármaco más eficiente2-3.

Objetivo Farmacia III: Medidas para disminuir el gasto medio por receta Sector Teruel.

Sustitución de moléculas ineficientes por eficientes.

No prescribir un IBP diferente de omeprazol, salvo en pacientes en tratamiento con clopidogrel y/o doble antiagregación y que precisen un IBP en los que se recomienda pantoprazol; y en pacientes con disfagia o sonda nasogástrica ó gástrica en los que se recomienda lansoprazol bucodispersable 1-3.

MÉTODO

1. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de un IBP. A través del cuadro de mandos (CM) de Farmacia (CIAS), los MAP obtendrán un listado de pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a omeprazol (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) para valorar su sustitución por un equivalente terapéutico en base a los Protocolos de Intercambio Terapéutico (PIT) establecidos y aceptados en Aragón1. Los listados del CM de Farmacia se actualizarán mensualmente.

INDICADORES

mejora del indicador cualitativo de selección eficiente de IBP en el Sector Teruel (no incluido en el contrato programa)

Objetivo: Incrementar un 10% el número de pacientes del Equipo de Atención Primaria de Mora de Rubielos con prescripciones activas de omeprazol frente a aquellos que tienen prescritos otros IBP.

Desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria se hará un seguimiento de esta medida de selección eficiente durante 2017 (1er corte: marzo 2017; 2º corte: diciembre 2017) y se dará el apoyo necesario a los EAP (información farmacoterapéutica).

DURACIÓN

Comienzo 2º trimestre 2017. Finalización 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 - 2016/1164

1. TÍTULO

VALORACION DE LA FUNCION RENAL MEDIANTE LA FORMULA CE COCKCROFT EN PACIENTES DE MAS DE 75 AÑOS

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE VALERIANO OLIVAS GUILLEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MOSQUERUELA
· Localidad MOSQUERUELA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONTOLIU VILLANUEVA RICARDO

AGUELO FLORIA MARCOS

IGUAL IBAÑEZ LAURA

CONEJOS MERITA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

DOS SESIONES CLINICAS DE VALORACION DE LA ACTIVIDAD PARA LOS PACIENTES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

BUEN IMPACTO ENTRE LOS PROFESIONALES SOBRE LA ACTIVIDAD.AL VALORAR ESTE ASPECTO COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y PARA EL MANEJO DE FARMACOS EN PACIENTES DE RIESGO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

TODOS PROFESIONALES LO VALORARON POSITIVAMENTE. SE REVISARON FARMACOS, SE RETIRARON FARMACOS SE AUMENTO EL CONTROL SOBRE LOS PACIENTES DE MAS RIESGO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1164 ===== ***

Nº de registro: 1164

Título
VALORACION DE LA FUNCION RENAL MEDIANTE LA FORMULA DE COCKCROFT EN PACIENTES DE MAS DE 75 AÑOS

Autores:
OLIVAS GUILLEN VALERIANO, MONTOLIU VILLANUEVA RICARDO, AGUELO FLORIA MARCOS, IGUAL IBAÑEZ LAURA, CONEJOS MERITA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MOSQUERUELA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Nefrologia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Valorara la función renal en mas de 75 años para evitar el daño renal de los AINES y otros fármacos potencialmente nefrotoxicos, Triple Whammy y clasificar a los pacientes según su daño renal

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir la yatrogenis por AINES, disminuir el riesgo de Triple Whammy, con una valoración mas especifica de su función renal

MÉTODO

Todos los pacientes de la población diana tendrán al menos una vez al año una valoración del filtrado glomerular a través de la formula de Cockcroff_Gault

INDICADORES

Se registrara un episodio en OMI con su grado de función renal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1164

1. TÍTULO

VALORACION DE LA FUNCION RENAL MEDIANTE LA FORMULA CE COCKCROFT EN PACIENTES DE MAS DE 75 AÑOS

DURACIÓN

El proyecto se iniciará el 1/04/2017

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 - 2016/1187

1. TÍTULO

MEJORAR EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA RELIZACION DE ESPIROMETRIAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES RUBIO SERRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Localidad SANTA EULALIA DEL CAMPO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA

CALVO GARCIA FRANCISCO

LATASA LATORRE PILAR

LAZARO BELLA JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- CURSO DE FORMACIÓN A LOS PROFESIONALES DEL EAP
- SELECCIÓN DE PACIENTES
- DESIGNAR A LA PERSONA ENCARGADA DE REALIZAR LA ESPIROMETRÍA
- CREAR EN OMI LA AGENDA PARA TAL FIN
- DESIGNAR EL LUGAR PARA LA RALIZACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA
- SOLICITUD A FARMACIA DEL MATERIAL NECESARIO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

NO SE HA PODIDO INICIAR LA REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍAS POR FALTA DE ADQUISICIÓN DEL NUEVO ESPIRÓMETRO (EL ESPIRÓMETRO DEL CENTRO NO FUNCIONABA). SUGERIMOS LA POSIBILIDAD DE ALARGAR EL PROYECTO DURANTE EL 2018 SUPEDITADO A LA FECHA DE ADQUISICIÓN TEMPRANA DEL NUEVO ESPIRÓMETRO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

NOS PARECE IMPORTANTE CONTINUAR CON EL PROYECTO DURANTE EL 2018 PARA PODER MEJORAR EL INFRADIAGNÓSTICO DE EPOC EN NUESTRO CENTRO DE SALUD

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1187 ===== ***

Nº de registro: 1187

Título
MEJORAR EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS

Autores:
RUBIO SERRANO MARIA DOLORES, SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA, CALVO GARCIA FRANCISCO, LATASA LATORRE PILAR, LAZARO BELLA JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA EULALIA DEL CAMPO

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
LA PREVALENCIA DE EPOC EN LA POBLACIÓN ES MAYOR EN PACIENTES FUMADORES ENTRE 40 Y 80 AÑOS CUYO ÍNDICE TABÁQUICO ES MAYOR O IGUAL A 10. SE TRATA DE MEJORAR LA DETECCIÓN E INFRADIAGNÓSTICO DE EPOC A TRAVÉS DE REALIZACIÓN Y REGISTRO DE ESPIROMETRÍAS

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL: AUMENTO DE DETECCIÓN DE EPOC MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍAS A PACIENTES FUMADORES ENTRE 40 Y 80 AÑOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1187

1. TÍTULO

MEJORAR EL INFRADIAGNOSTICO DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA RELIZACION DE ESPIROMETRÍAS

MÉTODO

1. CURSO DE FORMACIÓN EN ESPIROMETRÍAS PARA LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO.
2. SELECCIÓN DE PACIENTES QUE CUMPLAN EL CRITERIO
3. DESIGNAR LA PERSONA ENCARGADA DE REALIZACIÓN DE LAS ESPIROMETRÍAS
4. CREAR AGENDA EN OMI PARA TAL FIN (DOS ESPIROMETRÍAS LOS VIERNES DE 12 A 13 H)
5. DESIGNAR EL LUGAR PARA SU REALIZACIÓN.
6. SOLICITUD A FARMACIA DEL MATERIAL NECESARIO
7. REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍAS
8. INTERPRETACIÓN DE LAS MISMAS

INDICADORES

1. N° TOTAL DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS EN FUMADORES ENTRE 40 Y 80 AÑOS AL AÑO / N° TOTAL DE PACIENTES FUMADORES ENTRE 40 Y 80 AÑOS X 100
2. % DE ESPIROMETRÍAS PATOLÓGICAS / TOTAL DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS

DURACIÓN

1. CURSO DE FORMACIÓN EN ESPIROMETRÍAS PARA LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO: 15 DE MAYO 2017
2. SELECCIÓN DE PACIENTES QUE CUMPLAN EL CRITERIO: ABRIL 2017
3. DESIGNAR LA PERSONA ENCARGADA DE REALIZACIÓN DE LAS ESPIROMETRÍAS: JOSE ANTONIO LÁZARO
4. CREAR AGENDA EN OMI PARA TAL FIN (DOS ESPIROMETRÍAS LOS VIERNES DE 12 A 13 H): 22 DE MAYO 2017
5. DESIGNAR EL LUGAR PARA SU REALIZACIÓN: CONSULTA DE PEDIATRÍA
6. SOLICITUD A FARMACIA DEL MATERIAL NECESARIO: 22 MAYO 2017
7. REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍAS: A PARTIR DEL 22 MAYO 2017
8. INTERPRETACIÓN DE LAS MISMAS
9. FECHA DE INICIO PROYECTO: 1 DE JUNIO
10. FECHA FIN PROYECTO: 15 DE 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 - 2016/1191

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION, REVISION Y REPOSICION DEL MALETIN DE URGENCIAS Y MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE EN C.S. DE SANTA EULALIA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE NATIVIDAD SONIA SEBASTIAN CHECA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS SANTA EULALIA DEL CAMPO
- Localidad SANTA EULALIA DEL CAMPO
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUBIO SERRANO MARIA DOLORES
CALVO GARCIA FRANCISCO
LATASA LATORRE PILAR
LAZARO BELLA JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Elaborar listados de medicación de maletín y coche (Excel)
- Establecer turno rotatorio de revisión mensual del maletín y material adicional del coche por todos los profesionales del EAP .
- Registro de cada revisión de ambos.
- Sesiones formativas:
Octubre 2017: RCP básica y avanzada
Noviembre 2017: hipoglucemia
Diciembre 2017: urgencia HTA
Enero 2018: repaso código ICTUS y código INFARTO.
- Se pasa encuesta de satisfacción a los compañeros del EAP que es satisfactoria en todos los casos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Impacto del proyecto: como partíamos de no tener maletín de urgencias como tal ni material adicional en el coche reglado en nuestro centro de salud, la valoración del proyecto por todos los miembros del AEP es muy positiva, nos da tranquilidad en la urgencia, sabemos que las fechas de caducidad están correctas y revisadas, que no se olvida ninguna medicación,..etc en resumen se ha mejorado la atención urgente de los pacientes en nuestro centro de salud.
- Fuentes y método: mediante hoja excel se registra medicación y caducidades y a través de sesiones clínicas sacadas de las últimas guías de recomendación de urgencias nos hemos reciclado todos los compañeros.
- Nos parece un proyecto sostenible y fácil de continuar para el buen funcionamiento del centro y con posibilidad de replicación del mismo de ahora en adelante.
- Indicadores:
100% de revisiones del maletín y material adicional realizadas respecto de las programadas.
-100% del registro del correcto funcionamiento mensual del desfibrilador, ambu y laringo realizado.
-100% de las sesiones clínicas programadas están realizadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIÓN:

- CONSIDERAMOS QUE CON LA IMPLEMENTACION, REVISIÓN Y REPOSICIÓN DEL MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE Y MALETIN DE URGENCIAS HA MEJORADO Y ES DE MAYOR CALIDAD LA ATENCIÓN AL PACIENTE URGENTE EN NUESTRO CENTRO DE SALUD. ESTAMOS MUY SATISFECHOS CON LOS RESULTADOS Y STANDARES ALCANZADOS, SE HAN CUMPLIDO LOS INDICADORES PREVISTOS Y ADEMÁS ES UN PROYECTO QUE AUNQUE FINALIZADO SIGUE SIENDO SOSTENIBLE EN EL TIEMPO Y REPLICABLE EN CUALQUIER OTRO CENTRO DE SALUD.
- TAMBIEN HEMOS IMPLEMENTADO EL CARRO DE PARADAS ESTE AÑO EN LA SALA DE URGENCIAS, EL CUAL ESTAMOS TAMBIEN REGISTRANDO LA MEDICACION Y CADUCIDAD DEL MISMO PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO (SIGUIENDO SIMILAR HOJA EXCEL)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1191 ===== ***

Nº de registro: 1191

Título
IMPLEMENTACION, REVISION Y REPOSICION DEL MALETIN DE URGENCIAS Y MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA

Autores:
SEBASTIAN CHECA NATIVIDAD SONIA, RUBIO SERRANO MARIA DOLORES, CALVO GARCIA FRANCISCO, LATASA LATORRE PILAR, LAZARO BELLA JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA EULALIA DEL CAMPO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1191

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION, REVISION Y REPOSICION DEL MALETIN DE URGENCIAS Y MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE EN C.S. DE SANTA EULALIA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

LA ATENCIÓN DOMICILIARIA ES UNA DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PERSONAL SANITARIO. EN NUESTRO MEDIO LA ATENCION PRIMARIA ATIENDE LAS LLAMADAS URGENTES DE PACIENTES DESDE LOS DOMICILIOS, Y TAMBIÉN PUEDE SER REQUERIDA PARA ATENDER URGENCIAS EN LA VÍA PÚBLICA A LOS CUALES EL 061 NO PUEDE ATENDER EN ESE MOMENTO POR SATURACIÓN O CONSIDERA QUE DESDE EL C.S. MAS PRÓXIMO SE PUEDEN ATENDER LA MISMA.
POR TODO ELLO PLANTEAMOS QUE DEBE EXISTIR EN NUESTRO CENTRO DE SALUD UN MALETIN DE URGENCIAS CON LA MEDICACION ADECUADA AL IGUAL QUE UN MATERIAL ADICIONAL ACORDE Y CORRECTAMENTE ACTUALIZADO A LA VARIADA PATOLOGIA QUE NOS PODEMOS ENCONTRAR.

RESULTADOS ESPERADOS OBJETIVOS:

GENERAL: GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DE UNA ATENCIÓN SANITARIA URGENTE DE CALIDAD A LA POBLACIÓN DEL C.S. DE SANTA EULALIA.
ESPECÍFICOS:

1. ESTABLECER UN MECANISMO DE REVISIÓN Y REPOSICIÓN DE LOS ELEMENTOS INCLUIDOS EN EL MALETÍN DE URGENCIAS Y MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE, ASÍ COMO LA COMPROBACIÓN DEL CORRECTO ESTADO Y FUNCIONAMIENTO DEL MATERIAL SANITARIO, DEJANDO CONSTANCIA DE LA ACTIVIDAD REALIZADA.
2. REVISAR Y ACTUALIZAR LA RELACIÓN DEL MATERIAL SANITARIO Y LOS MEDICAMENTOS NECESARIOS

MÉTODO

1. ESTABLECER TURNO ROTATORIO PARA LA REVISION MENSUAL DEL MALETIN Y MATERIAL DEL COCHE, DE MANERA QUE TODOS LOS PROFESIONALES SE FAMILIARICEN CON EL PROCESO.
2. ELABORAR UN LISTADO SE MEDICAMENTOS DE MALETIN Y MATERIAL DEL COCHE. (HOJA EXCEL).
3. REGISTRO DE CADA REVISION REALIZADA (FECHA DE REVISION, PERSONAL QUE LA REALIZA Y FIRMA, EXISTENCIAS, CADUCIDAD, REPOSICION Y FUNCIONAMIENTO) MEDIANTE LA ELABORACION DE UNA HOJA DE REVISION DEL MALETIN DE URGENCIAS Y OTRA DEL MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE.

INDICADORES

LA EVALUCION DEL PROYECTO DE MEJORA SE LLEVARA A CABO CADA AÑO SEGUN EL CRITERIO:
Nº DE REVISIONES FIIRMADAS EN LA HOJA DE REGISTRO (MALETIN DE URGENCIAS)X 100/ Nº TOTAL DE REVISIONES.
Nº DE REVISIONES FIIRMADAS EN LA HOJA DE REGISTRO (MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE)X 100/ Nº TOTAL DE REVISIONES.
REGISTRO DE LA REVISION DEL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL DESFIBRILADOR.
REGISTRO DE LA REVISION DEL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DEL LARINGOSCOPIO.

DURACIÓN

DURACION Y CALENDARIO PREVISTOS:
-ABRIL 2017: ELABORAR LISTADO DE MEDICACION DEL MATERIAL ADICIONAL DEL COCHE Y HOJAS DE REGISTRO DE REVISION Y CONTINUAR CON EL MALETIN URGENCIAS.
-MAYO 2017: CONTINUAR CON LAS SESIONES REGLADAS Y REGISTRADAS DEBIDAMENTE.
-SESIONES FORMATIVAS: 1ª JUNIO 2017, 2ª OCTUBRE 2017, 3ª NOVIEMBRE 2017Y 4ª 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 - 2016/1185

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN EN AP. EVALUACION, ADECUACION PRESCRIPCIÓN PARCHES LIDOCAINA AL 5. SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 23/09/2017

2. RESPONSABLE ALFREDO MORTE PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SARRION
· Localidad SARRION
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALACIOS MEDRANO JESUS
LACOMBA BIOL MARIA JOSE
LEAL DE LUQUE AMADID
PUEYO REIG RAMON
ABANSES CRISTINA
CASTRO GRACIA EDUARDO
RUIZ CARRALERO MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades y objetivos realizados han sido, en ambos casos, reuniones de los componentes del proyecto después de las del Equipo que se realizan habitualmente los miércoles. En estas reuniones se ha comentado que los parches de lidocaína son indicados en su totalidad por la Unidad de Dolor y Rehabilitación y, aunque se puede retirar el medicamento, esto se realiza en contadas ocasiones y no siempre de forma gratuita.

Con respecto a Olmesartan y triple whammy si que se ha podido reducir su número y cambiarlo por otro/s Ara II.

No se ha recibido en ningún momento listado alguno de prescripciones abiertas tanto de lidocaína en parches como de olmesartan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto a parches de lidocaína: Aunque se puede retirar el medicamento, esto se realiza en contadas ocasiones y no siempre de forma gratuita.

Con respecto a Olmesartan y triple whammy si que se ha podido reducir su número y cambiarlo por otro/s Ara II.

No se ha recibido en ningún momento listado alguno de prescripciones abiertas tanto de lidocaína en parches como de olmesartan.

Los cambios se realizan en el momento de renovación de la receta y si es posible.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dificultad en retirar medicación sobre todo parches de lidocaína.

Razones: Son indicados para disminuir el dolor y lo hacen. Es importante convencer de que otros medicamentos también lo pueden hacer.

Recomendaciones: Comunicación adecuada e intentar que se entienda la indicación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1185 ===== ***

Nº de registro: 1185

Título
MEJORA DE LA CALIDAD EN PRESCRIPCIÓN EN AP: EVALUACION ADECUACION PRESCRIPCIÓN PARCHES DE LIDOCAINA 5PC Y SEGURIDAD TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Autores:
PALACIOS MEDRANO JESUS, MORTE PEREZ ALFREDO, LACOMBA BIOL MARIA JOSE, LEAL DE LUQUE AMADID, PUEYO REIG RAMON, ANDRES ABANSES CRISTINA, CASTRO GARCIA EDUARDO, RUIZ CARRALERO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARRION

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Otro Tipo Patología: HTA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1185

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN EN AP. EVALUACION, ADECUACION PRESCRIPCIÓN PARCHES LIDOCAINA AL 5. SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los parches de lidocaína al 5% (PL5%) están indicados según ficha técnica (FT) para el alivio sintomático del dolor neuropático asociado a infección por herpes zoster (neuralgia postherpética, (NPH)). A pesar de la bajísima incidencia de NPH (1-3 por 1.000 en adultos mayores de 75 años), PL5% fue el medicamento que supuso el mayor gasto farmacéutico para el Sector Teruel en 2016 (431.291,94€). Los PL5% se están utilizando ampliamente como fuera de indicación.

Olmesartán medoxomilo (C09CA08) fue el principio activo del subgrupo terapéutico de los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) (C09CA) que mayor gasto supuso para el Sector Teruel en 2016 (189.998 € y 2.760 DDDs).

La triple combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o ARA II junto con un diurético y un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) se conoce como triple whammy. Los pacientes con prescripción triple whammy (TW) presentan un 30% más de riesgo de fallo renal, recomendándose evitar el uso de esta asociación siempre que sea posible.

RESULTADOS ESPERADOS

El primer objetivo de este proyecto es revisar la adecuación de la prescripción de los PL5% en los pacientes del Sector Teruel; los PL5% se están prescribiendo para condiciones clínicas diferentes a las autorizadas en FT. No prescribir parches de lidocaína 5% para indicaciones no incluidas en ficha técnica cuando existen otras alternativas terapéuticas autorizadas.

Segundo objetivo: Mejorar la seguridad de los tratamientos farmacológicos de los pacientes mediante dos actuaciones: selección de los ARA II con un mejor perfil de seguridad; y revisión/adecuación de los tratamientos combinados TW (IECA o ARA II+ diurético + AINE).

MÉTODO

1. Realización de un estudio transversal (fecha de corte 01/04/2017) para analizar la prescripción de los PL5% en el Centro de Salud de Sarrion del Sector Teruel.

2. Difusión de los resultados del estudio de utilización de los PL5%; de los requisitos para el acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en España (Capítulo III, Artículo 13 del RD 1015/2009).

3. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de PL5%. Se realizarán 3 cortes transversales durante 2017: 01/04/2017, 01/07/2017 y 01/10/2017. El FAP facilitará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de PL5% (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda revisar la adecuación de la prescripción para cada paciente.

Actuaciones en relación con Olmesartán:

1. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo. El FAP enviará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda valorar su sustitución por un equivalente terapéutico en base al PIT establecido y aceptado para los hospitales de Aragón. Se enviarán los listados en marzo 2017 y septiembre 2017.

2. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con tratamientos combinados TW. A través del CM de Farmacia (CIAS), los MAP obtendrán mensualmente un listado con los pacientes de su cupo con una prescripción activa TW para su posterior revisión y adecuación.

INDICADORES

En relación con parches de lidocaína al 5%.

Seguimiento de los pacientes en tratamiento con PL5% del Centro de Salud del Sector de Teruel. Se harán 3 cortes transversales durante 2017 (Abril, Julio, Octubre). Objetivo: 100% de pacientes.

Evaluación de la adecuación de la prescripción de los PL5%.

Objetivo: disminución del número de prescripciones activas de PL5% para indicaciones fuera de FT (75%).

En relación con olmesartán medoxomilo:

Disminución del número de pacientes en tratamiento con olmesartán medoxomilo. Objetivo: 50%.

Disminución del número de pacientes con prescripción TW.

Objetivo: 100%.

DURACIÓN

En ambos casos la duración del estudio se prolongará a lo largo de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1185

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCION EN AP. EVALUACION, ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES LIDOCAINA AL 5. SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

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 - 2016/1185

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN PRESCRIPCION EN AP: EVALUACION ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES DE LIDOCAINA 5 Y SEGURIDAD TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 02/02/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORTE PEREZ ALFREDO
LACOMBA BIOL MARIA JOSE
LEAL DE LUQUE AMADID
PUEYO REIG RAMON
ANDRES ABANSES CRISTINA
CASTRO GARCIA EDUARDO
RUIZ CARRELERO MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades y objetivos realizados han sido, en ambos casos, reuniones de los componentes del proyecto después de las del Equipo, que se realizan habitualmente los miércoles. En estas reuniones se ha comentado que los parches de lidocaina son indicados en su totalidad por la Unidad del Dolor y Rehabilitación y, aunque se puede retirar el medicamento esto se realiza en contadas ocasiones y no siempre de forma gratuita. Con respecto a Olmesartan y triple whammy si que se ha podido reducir su número de manera importante y cambiarlo por otro/s Ara II

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto a los parches de lidocaina: Aunque se puede retirar el medicamento por no gozar de indicación esto se realiza en contadas ocasiones, teniéndose que reintroducir en algunas situaciones. Podemos decir que con respecto a Olmesartan se han podido reducir su número quedando alguno de manera simbólica. Los cambios se han realizado en el momento de renovación de la receta y si es posible.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dificultad en retirar medicación, sobre todo los parches de lidocaina, la principal razón es que han sido indicados para disminuir el dolor y lo hacen, es muy importante convencer al enfermo de que otros medicamentos pueden disminuir o llegar a anular el dolor y además tienen esa indicación.

7. OBSERVACIONES.

Recomendamos que si continua la pretensión de retirada de este farmaco (lidocaina al 5%) se intervenga en el origen de la prescripción lo que mejoraría notablemente su uso. No se han tenido listados actualizados a final del trabajo (Diciembre de 2017) por lo que no hemos podido cuantificar el grado de mejora, aunque podemos decir que se producido en ambos casos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1185 ===== ***

Nº de registro: 1185

Título
MEJORA DE LA CALIDAD EN PRESCRIPCION EN AP: EVALUACION ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES DE LIDOCAINA 5PC Y SEGURIDAD TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Autores:
PALACIOS MEDRANO JESUS, MORTE PEREZ ALFREDO, LACOMBA BIOL MARIA JOSE, LEAL DE LUQUE AMADID, PUEYO REIG RAMON, ANDRES ABANSES CRISTINA, CASTRO GARCIA EDUARDO, RUIZ CARRALERO MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARRION

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: HTA
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1185

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN PRESCRIPCIÓN EN AP-EVALUACIÓN ADECUACIÓN PRESCRIPCIÓN PARCHES DE LIDOCAINA 5 Y SEGURIDAD TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los parches de lidocaína al 5% (PL5%) están indicados según ficha técnica (FT) para el alivio sintomático del dolor neuropático asociado a infección por herpes zoster (neuralgia postherpética, (NPH)). A pesar de la bajísima incidencia de NPH (1-3 por 1.000 en adultos mayores de 75 años), PL5% fue el medicamento que supuso el mayor gasto farmacéutico para el Sector Teruel en 2016 (431.291,94€). Los PL5% se están utilizando ampliamente como fuera de indicación.

Olmesartán medoxomilo (C09CA08) fue el principio activo del subgrupo terapéutico de los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) (C09CA) que mayor gasto supuso para el Sector Teruel en 2016 (189.998 € y 2.760 DDDs).

La triple combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o ARA II junto con un diurético y un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) se conoce como triple whammy. Los pacientes con prescripción triple whammy (TW) presentan un 30% más de riesgo de fallo renal, recomendándose evitar el uso de esta asociación siempre que sea posible.

RESULTADOS ESPERADOS

El primer objetivo de este proyecto es revisar la adecuación de la prescripción de los PL5% en los pacientes del Sector Teruel; los PL5% se están prescribiendo para condiciones clínicas diferentes a las autorizadas en FT. No prescribir parches de lidocaína 5% para indicaciones no incluidas en ficha técnica cuando existen otras alternativas terapéuticas autorizadas.

Segundo objetivo: Mejorar la seguridad de los tratamientos farmacológicos de los pacientes mediante dos actuaciones: selección de los ARA II con un mejor perfil de seguridad; y revisión/adecuación de los tratamientos combinados TW (IECA o ARA II+ diurético + AINE).

MÉTODO

1. Realización de un estudio transversal (fecha de corte 01/04/2017) para analizar la prescripción de los PL5% en el Centro de Salud de Sarrion del Sector Teruel.

2. Difusión de los resultados del estudio de utilización de los PL5%; de los requisitos para el acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en España (Capítulo III, Artículo 13 del RD 1015/2009).

3. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de PL5%. Se realizarán 3 cortes transversales durante 2017: 01/04/2017, 01/07/2017 y 01/10/2017. El FAP facilitará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de PL5% (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda revisar la adecuación de la prescripción para cada paciente.

Actuaciones en relación con Olmesartán:

1. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo. El FAP enviará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda valorar su sustitución por un equivalente terapéutico en base al PIT establecido y aceptado para los hospitales de Aragón. Se enviarán los listados en marzo 2017 y septiembre 2017.

2. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con tratamientos combinados TW. A través del CM de Farmacia (CIAS), los MAP obtendrán mensualmente un listado con los pacientes de su cupo con una prescripción activa TW para su posterior revisión y adecuación.

INDICADORES

En relación con parches de lidocaína al 5%.

Seguimiento de los pacientes en tratamiento con PL5% del Centro de Salud del Sector de Teruel. Se harán 3 cortes transversales durante 2017 (Abril, Julio, Octubre). Objetivo: 100% de pacientes.

Evaluación de la adecuación de la prescripción de los PL5%.

Objetivo: disminución del número de prescripciones activas de PL5% para indicaciones fuera de FT (75%).

En relación con olmesartán medoxomilo:

Disminución del número de pacientes en tratamiento con olmesartán medoxomilo. Objetivo: 50%.

Disminución del número de pacientes con prescripción TW.

Objetivo: 100%.

DURACIÓN

En ambos casos la duración del estudio se prolongará a lo largo 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) ..:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1185

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD EN PRESCRIPCION EN AP:EVALUACION ADECUACION PRESCRIPCION PARCHES DE LIDOCAINA 5 Y SEGURIDAD TRATAMIENTO ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1205

1. TÍTULO

VALORACION DEL RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES DE 50 A 59 AÑOS DENTRO DEL SERVICIO DE LA MUJER EN EL CLIMATERIO

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ENCARNA FUENTES MORENO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SARRION
· Localidad SARRION
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARCO GRACIA MARTA
AZNAR MAGALLON JERONIMO
LOPEZ NAVARRO ENRIQUE
CONEJOS BELLIDO CARMEN
ARNAU FUERTES ALICIA
FORTEA GARZARAN CARMEN
MARTINEZ FERRANDO BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunion del Equipo para comunicar como se va a realizar el proyecto
Captacion de los datos del program OMI
Depuracion de los datos
Se les realiza cuestionario de OMI y el Frax sobre factores de riesgo para su clasificacion segun anexo I presentado.
Educacion sanitaria oral y reforzada con informacion escrita.
Cumplimiento del cronograma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nuestro objetivo inicial era llegar a una captacion del 80% de la poblacion diana.
Una vez depurados los datos, estos son los resultados
Poblacion diana 134 mujeres de 50_59 años. Hemos hecho la captacion, realizado cuestionario e indice de Frax a 78.
Por ello a 31 de diciembre 2017 hemos conseguido:
- 59 % de captacion.
- % de mujeres con riesgo alto ha sido 5% derivadas a medicina para valoracion.
- % de mujeres con riesgo bajo 73% se les ha dado educacion sanitaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No hemos conseguido los objetivos que nos planteamos al inicio, vamos a seguir durante el presente año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1205 ===== ***

Nº de registro: 1205

Título
VALORACION DEL RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES DE 50 A 59 AÑOS DENTRO DEL SERVICIO DE ATENCION A LA MUJER EN EL CLIMATERIO

Autores:
FUENTES MORENO ENCARNA, MARCO GRACIA MARTA, AZNAR MAGALLON JERONIMO, LOPEZ NAVARRO ENRIQUE, CONEJOS BELLIDO CARMEN, ARNAU FUERTES ALICIA, FORTEA GARZARAN CARMEN, MARTINEZ FERRANDO BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARRION

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1205

1. TÍTULO

VALORACION DEL RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES DE 50 A 59 AÑOS DENTRO DEL SERVICIO DE LA MUJER EN EL CLIMATERIO

PROBLEMA

En el centro de salud de Sarrión hemos detectado que en las mujeres de 50 a 59 años existe un índice bajo de seguimiento en el servicio de atención a la mujer en el climaterio y por ello vamos a valorar el riesgo de osteoporosis por medio de PC de riesgo de OMI- AP, se reforzará con educación sanitaria en alimentación, hábitos tóxicos y ejercicio y se completará la historia gineco-obstetrica.

RESULTADOS ESPERADOS

Valoración del riesgo de fractura asociado a osteoporosis en mujeres de 50 a 59 años, realizando el PC de factores de riesgo de OMI. Se llevará a cabo mediante un proyecto multidisciplinar que incluya personal de medicina, enfermería y administración.
Captación del 80% de la población diana.

MÉTODO

- Extraer listados de OMI de mujeres de 50-59a.
- Captación de la población diana en consulta programada, demanda y consulta no presencial vía telefónica.
- Se le hará el cuestionario de factores de riesgo de osteoporosis incluido en el OMI.
- Clasificación de las pacientes con riesgo alto según anexo 1 y dar en cualquiera de los casos (riesgo alto y riesgo bajo) formación en hábitos saludables (evitar tabaquismo y alcohol), dietas ricas en calcio y vitamina D; cafeína y ejercicio físico regular.
- Si es riesgo alto derivar a medicina para valoración
- Si hay riesgo bajo dar educación sanitaria

INDICADORES

Población diana (mujeres de 50-59 años).
% de población con riesgo alto y de riesgo bajo.
% de población con riesgo alto derivadas a medicina y que se les realiza intervención sobre el riesgo de fractura (tratamiento, valoración, realización de densitometría)
% de población de riesgo bajo que se le ha dado consejo sobre alimentación, hábitos tóxicos y ejercicio.
Se realizará la evaluación mediante revisión de la HC en OMI

DURACIÓN

Abril 2017: Revisión de listados de mujeres de 50-59 años
Mayo 2017: Captación de la población diana.
Junio a noviembre del 2017 realización del proyecto.
Diciembre 2017 Evaluación .

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 - 2016/1175

1. TÍTULO

ESTUDIO DE ADECUACION DE LAS INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON PRESCRIPCION ACTIVA EN EL CS TERUEL CENTRO PARA UNA MEJORA EN LA SELECCION EFICIENTE DE LOS MISMOS

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE RAFAEL GOMEZ NAVARRO
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS TERUEL CENTRO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALVE ROYO AGUSTIN
MANERO PEREZ JUAN JOSE
SOLER ADAN SILVIA
ABAD LAGUIA ROSA MARIA
GUILLEN SANTOS ISABEL
SOGUERO GARCIA ISMAEL
LANZUELA MARINA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Sesión de presentación del proyecto
• Conformación del grupo de trabajo y responsable del mismo
• Revisión de las GPC
• Sesión de presentación de las recomendaciones: 23 octubre 2017 (Dra Gullén y Dra. Abad). Presentación de corte de indicadores (Dr. Gómez Navarro).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Selección eficiente IBP Marzo 2017 Diciembre 2017
Cumplimiento 59,7 58,4
Incumplimiento 40,3 41,5

Las diferencias en el cumplimiento del indicador es mínima entre la situación de partida en marzo de 2017 y fecha de cierre en diciembre del mismo año, pero en cualquier caso con ligero aumento del porcentaje de incumplimientos.

El formulario no permite insertar los gráficos de la evolución ni la comparativa con Sector y Aragón.
Su interpretación en conclusiones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actividad de mejora puesta en marcha no ha cubierto sus objetivos.
Habría que replantearse si el EAP estaba ciertamente motivado para el desarrollo del mismo.
Los resultados son peores que los del Sector Teruel y Aragón, lo que nos indica que no pueden ser atribuidos a prescripción inducida o características generales.
El análisis estratificado por cupos podría ilustrar mejor las necesidades de intervención para conseguir resultados en la línea deseada.

7. OBSERVACIONES.
Se presentaran los resultados al EAP en una sesión próxima.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1175 ===== ***

Nº de registro: 1175

Título
ESTUDIO DE ADECUACION DE LAS INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON PRESCRIPCION ACTIVA EN CS TERUEL CENTRO PARA UNA MEJORA EN LA SELECCION EFICIENTE DE LOS MISMOS

Autores:
GOMEZ NAVARRO RAFAEL, GALVE ROYO AGUSTIN, MANERO PEREZ JUAN JOSE, SOLER ADAN SILVIA, ABAD LAGUIA ROSA MARIA, GUILLEN SANTOS ISABEL, SOGUERO GARCIA ISMAEL, LANZUELA MARINA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1175

1. TÍTULO

ESTUDIO DE ADECUACION DE LAS INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON PRESCRIPCION ACTIVA EN EL CS TERUEL CENTRO PARA UNA MEJORA EN LA SELECCION EFICIENTE DE LOS MISMOS

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

SECTOR TERUEL

En 2016, los inhibidores de la bomba de protones (IBP) (A02BC) constituyeron el subgrupo terapéutico de mayor gasto para el Sector Teruel (903.537 € y 4.163.808 DDDs). Los principios activos del subgrupo ordenados de mayor a menor gasto fueron: pantoprazol (269.599 € y 493.420 DDDs), omeprazol (266.235 € y 288.439 DDDs) y lansoprazol (198.277 €, 4.075 DDDs)1.

A fecha 1 de marzo de 2017, 13.301 pacientes en el Sector Teruel tienen una prescripción activa de un IBP en receta electrónica; el 65,57% mantienen tratamiento con omeprazol (A02BC01) frente al 34,43% que tienen prescripciones activas de otros IBPs: pantoprazol (A02BC02), lansoprazol (A02BC03), rabeprazol (A02BC04), esomeprazol (A02BC05) o esomeprazol+naproxeno (M01AE52).

El Sector Teruel presenta los peores resultados en selección eficiente de IBP con respecto a la media de Aragón (73,45 % de los pacientes están en tratamiento con omeprazol (01/03/2017)2).

CENTRO DE SALUD TERUEL CENTRO

La prescripción de IBP en el C.S. Teruel Centro en 2016 supuso un gasto de 187.794 € (49,7% sobre el total de las prescripciones realizadas) y 770.965 DDDs. Los principios activos del subgrupo ordenados de mayor a menor gasto fueron: pantoprazol (supone el 28,6% de gasto sobre el total de la prescripción de IBPs), esomeprazol (23,5%), lansoprazol (22,3%), omeprazol (18,17%) y rabeprazol (7,5%)1.

En el C.S. Teruel Centro, 2.666 pacientes (01/03/2017) tienen una prescripción activa de un IBP en receta electrónica. Un 40,3 % de la población en tratamiento con IBP está sujeto a una prescripción diferente a Omeprazol: 15% pantoprazol, 13% lansoprazol, 9,6% de prescripciones de esomeprazol, 2,2% rabeprazol y 1,2% esomeprazol+naproxeno.

Omeprazol es el IBP de elección frente al resto de principios activos del mismo subgrupo terapéutico, es el de mayor experiencia de uso, mejores y más prolongados estudios de seguridad y además, es el IBP de menos coste. Por ello, a igualdad de eficacia y seguridad, es el fármaco más eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS

1. No prescribir un IBP diferente de omeprazol, salvo en pacientes en tratamiento con clopidogrel y/o doble antiagregación y que precisen un IBP en los que se recomienda pantoprazol; y en pacientes con disfagia o sonda nasogástrica ó gástrica en los que se recomienda lansoprazol bucodispersable.
2. Reducción del 10% de las prescripciones de IBP diferente a Omeprazol en el C.S. de Teruel Centro.

MÉTODO

1. Conformación del grupo de trabajo y designación del responsable del mismo.
2. Revisión de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en el uso de los IBP actualizadas.
3. Sesión formativa a los profesionales del C.S. Teruel Centro para dar a conocer el proyecto y las recomendaciones de las GPC en el uso de los IBP.
4. Análisis de los pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a Omeprazol. Extracción del listado de pacientes a través del DATA de Farmacia (fecha de corte: 01/03/2017).
5. Revisión individual consecutiva de estos pacientes, asociado a la consulta habitual de los tratamientos con IBP, y propuesta de cambio. Cada CIAS tendrá disponibles en el Cuadro de Mandos (CM) de Farmacia listados de pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a omeprazol en receta electrónica, actualizados mensualmente.
6. Sesión formativa a los profesionales del hospital acerca el proyecto de desprescripción y mejora de calidad de la prescripción de IBP.
7. Indicación al especialista hospitalario del cambio si se corresponde con una prescripción inducida.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes en tratamiento con un IBP diferente a Omeprazol.
- Porcentaje de pacientes en tratamiento con IBP correspondiente a Omeprazol.
- Reducción del gasto por principio activo y cálculo de modificación de gasto.

DURACIÓN

1 DE MARZO A 31 DICIEMBRE DE 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1175

1. TÍTULO

ESTUDIO DE ADECUACION DE LAS INDICACIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON PRESCRIPCIÓN ACTIVA EN EL CS TERUEL CENTRO PARA UNA MEJORA EN LA SELECCIÓN EFICIENTE DE LOS MISMOS

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 - 2016/1176

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CS DE TERUEL CENTRO. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 16/03/2019

2. RESPONSABLE PILAR URBISTONDO BLASCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TERUEL CENTRO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCIÓN PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ GIL RUT
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE
ALEJOS RAMIREZ LUIS
FERRER SOROLLA RUBEN
CASANOVA SOTO MARTA
CATALAN ADIVINACION GLORIA
GALINDO ESTEBAN CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
TAL COMO DESCRIBI EN MEMORIA ANTERIOR SE HIZO UNA PRIMERA SESION INFORMATIVA AL EAP PARA PRESENTAR EL PROYECTO E INCENTIVAR A LOS PROFESIONALES EN JUNIO DE 2017. SE FACILITARON ENTONCES LOS LISTADOS DE CADA CIAS CON PRESCRIPCIONES ACTIVAS DE OLMESARTAN MEDOXIMILO.
SE ENVIARON LOS LISTADOS EN JUNIO DE 2017.
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES CON TTOS COMBINADOS TRIPLE WHAMMY, CADA FACULTATIVO OBTUVO SUS LISTADOS A TRAVES DEL CUADRO DE MANDOS.
SE PRODUJERON EN EL SEGUNDO PERIODO DEL PROYECTO (AÑO 2018) CAMBIOS EN LA COMPOSICION DE LOS INTEGRANTES D EL GRUPO INICIAL POR TEMAS LABORALES, QUE OBLIGARON A HACER UNA NUEVA SESION DE PRESENTACION DEL PROYECTO ENTRE LOS NUEVOS MEDICOS LLEGADOS EN MAYO DEL 2018, POR LO QUE LA EFICACIA INICIAL DEL PROYECTO SE REDUJO. SIRVIO TAMBIEN DE RECORDATORIO ALRESTO DE LOS COMPONENTES DEL EQUIPO PARA S EGUIR INTERVINIENDO EN ESTE APARTADO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN EL CS TERUEL CENTRO EL NUMERO DE PACIENTES CON PRESCRIPCION TRIPLE WHAMMY HA DISMINUIDO UN 25,5 % ENTRE MARZO D EL 2017 (202 PACIENTES CON TRIPLE PRESCRIPCION Y ENERO 2019 (161 PACIENTES)).
EL CORTE INTERMEDIO HABIA SIDO DE 173 PACIENTES EN SEPTIEMBRE DEL 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ENTENDEMOS QUE TAL VEZ HAYA FALTADO MAS TAREA GRUPAL, REUNIRNOS PARA VER COMO ESTABA YENDO EL PROYECTO, PERO LOS CAMBIOS HABIDOS EN LA COMPOSICION DEL EQUIPO HAN SUPUESTO UN LASTRE PARA LA ADECUADA CONTINUIDAD D EL PROYECTO. ASIMISMO COMO COMENTE EN LA MEMORIA ANTERIOR EN EL CASO DE LAS PRESCRIPCIONES DE OLMESARTAN HABIA QUE IR A LA BUSQUEDA A CTIVA (LISTADO POR PROFESIONAL)NO COMO EN EL CASO DE LA TRIPLE WYAMY, DONDE DESDE EL CUADRO DE MANDOS SE PODIA A CCEDER EN UN SOLO GOLPE DE VISTA A COMO IBAMOS EN CUANTO A ESTE INDICADOR DE FARMACIA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1176 ===== ***

Nº de registro: 1176

Título
MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CS TERUEL CENTRO. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Autores:
URBISTONDO BLASCO PILAR, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, HERNANDEZ GIL RUTH, ALEJOS RAMIREZ LUIS, FERRER SOROLLA RUBEN, CASANOVA SOTO MARTA, CATALAN ADIVINACION GLORIA, GALINDO ESTEBAN MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1176

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CS DE TERUEL CENTRO. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CNANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) U YTRIPLE WHAMMY

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Olmesartán medoxomilo (C09CA08) fue el principio activo del subgrupo terapéutico de los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) (C09CA) que mayor gasto supuso para el Sector Teruel en 2016 (189.998 € y 2.760 DDDs) seguido de Valsartán (C09CA03) (162.830 € y 60.728 DDDs)*. La revista francesa Prescrire, en la reciente actualización de la lista de medicamentos a evitar según la evidencia disponible, recomienda evitar la prescripción de olmesartán medoxomilo por efectos gastrointestinales (diarreas crónicas y pérdida de peso), y utilizar otras alternativas más favorables (ver Protocolo de Intercambio Terapéutico (PIT) de ARA II disponible para los hospitales de Aragón). La triple combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o ARA II junto con un diurético y un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) se conoce como triple whammy. Los pacientes con prescripción triple whammy (TW) presentan un 30% más de riesgo de fallo renal, recomendándose evitar el uso de esta asociación siempre que sea posible, y de lo contrario, monitorizar estrechamente los niveles de creatinina y de potasio. Actualmente en el EAP del centro de salud "Teruel Centro", existen un total de 160 ARs con prescripción activa de olmesartán medoxomilo y 215 pacientes con la combinación farmacológica triple whammy.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal de este proyecto es mejorar la seguridad de los tratamientos farmacológicos de los pacientes mediante dos actuaciones: selección de los ARA II con un mejor perfil de seguridad; y revisión/ajuste de los tratamientos combinados TW (IECA o ARA II + diurético + AINE). Mejora de la seguridad de los tratamientos farmacológicos. No utilizar olmesartán medoxomilo como ARA II de elección por sus efectos adversos gastrointestinales (diarrea crónica y pérdida de peso). Existen otras alternativas disponibles más eficientes y seguras. No prescribir tratamientos combinados triple whammy (IECA o ARA II + diurético + AINE) para disminuir el riesgo de fallo renal agudo (FRA). En el caso de que no fuera posible, monitorizar niveles de creatinina y de potasio.

MÉTODO

1. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo. El FAP enviará a los MAP un listado de los pacientes de su cupo con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda valorar su sustitución por un equivalente terapéutico en base al PIT establecido y aceptado para los hospitales de Aragón. Se enviarán los listados en marzo 2017 y septiembre 2017.

2. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con tratamientos combinados TW. A través del CM de Farmacia (CIAS), los MAP obtendrán mensualmente un listado con los pacientes de su cupo con una prescripción activa TW para su posterior revisión y ajuste.

3. Tras revisión y evaluación de cada caso se determinará la pertinencia puntual de la triple asociación farmacológica, y en dichos pacientes se monitorizará la función renal para la evaluación de posibles daños, en cuyo caso se retirará la medicación que se considere menos oportuna.

INDICADORES

-Disminución del número de pacientes en tratamiento con olmesartán medoxomilo.
Objetivo: 50%.
-Disminución del número de pacientes con prescripción TW.
Objetivo: 95%

DURACIÓN

1 DE MARZO A 31 DE DICIEMBRE 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 - 2016/1176

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CS TERUEL CENTRO. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMY

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE PILAR URBISTONDO BLASCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TERUEL CENTRO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ GIL RUT
ALEJOS RAMIREZ LUIS
FERRER SOROLLA RUBEN
CASANOVA SOTO MARTA
CATALAN ADIVINACION GLORIA
GALINDO ESTEBAN CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SESION INFORMATIVA AL EAP PARA PRESENTAR EL PROYECTO E INCENTIVAR A LOS PROFESIONALES (JUNIO 2017).
SE FACILITARON LISTADOS DE CADA CIAS CON PRESCRIPCIONES ACTIVAS DE OLMESARTAN MEDOXIMILO. SE ENVIARON LOS LISTADOS EN JUNIO 2017.
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES CON TTOS COMBINADOS TRIPLE WHAMY. CADA FACULTATIVO OBTUVO SUS LISTADOS A TRAVES DEL CUADRO DE MANDOS. .
EN OCTUBRE S E ENVIO RECORDATORIO A TRAVES DE CORREO ELECTRONICO INTERNO A TODOS LOS PROFESIONALES HACIENDO HINCAPIE EN LA NECESIDAD DE REVISION DE NUESTROS OBJETIVOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN EL CORTE FINAL SE OBSERVA UNA LEVE AUNQUE PROGRESIVA MEJORA EN LA CONSECUION DEL OBJETIVO DE DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES CON TRIPLE WHAMY
AUNQUE AUN MUY LEJOS DEL OBJETIVO INICIAL PLANTEADO. EL NUMERO DE PACIENTES CON PRESCRIPCION TRIPLE HA BAJADO EN TODO EL PERIODO
UN 31 % (DE 215 A 168 PACIENTES)
EN CUANTO AL NUMERO DE PRESCRIPCIONES DE OLMESARTAN MEDOXIMILO EN EL PRMER PERIODO DISMINUYERON LEVEMENTE (DE UN 23,2 % A UN 22,5%,,
SIN EMBARGO AHORA SE COMPRUEBA EN EL ESTUDIO QUE HAN AUMENTADO A UN 26,7% CON RESPECTO AL PUNTO DE PARTIDA INICIAL EN MARZO DEL 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
NOS PARECE QUE TAL VEZ HAYA FALTADO MAS TAREA GRUPAL DE REUNIRNOS PARA VER COMO ESTABA YENDO EL PROYECTO.
ASIMISMO EN EL CASO DE LAS PRESCRIPCIONES DE OLMESARTAN HABIA QUE IR A LA BUSQUEDA ACTIVA (LISTADO POR PROFESIONAL) NO COMO EN EL CASO DE LA TRIPLE WHAMY DONDE DESDE EL CUADRO DE MANDOS PODIAMOS ACCDER EN UN SOLO GOLPE DE V ISTA A COMO IBAMOS EN CUANTO A CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS.
DE OTRA PARTE NOS HA PARECIDO QUE EL PERIODO DE TIEMPO HA SIDO CORTO Y TAL VEZ TENGAMOS QUE SEGUIR EN LA MISMA LINEA, ASUMIENDO QUE LOS RESULTADOS OBTENIDOS NO HAN SIDO LOS ESPERADOS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1176 ===== ***

Nº de registro: 1176

Título
MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CS TERUEL CENTRO. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMY

Autores:
URBISTONDO BLASCO PILAR, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, HERNANDEZ GIL RUTH, ALEJOS RAMIREZ LUIS, FERRER SOROLLA RUBEN, CASANOVA SOTO MARTA, CATALAN ADIVINACION GLORIA, GALINDO ESTEBAN MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1176

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CS TERUEL CENTRO.SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARAI) Y TRIPLE WHAMMY

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Olmesartán medoxomilo (C09CA08) fue el principio activo del subgrupo terapéutico de los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) (C09CA) que mayor gasto supuso para el Sector Teruel en 2016 (189.998 € y 2.760 DDDs) seguido de Valsartán (C09CA03) (162.830 € y 60.728 DDDs)*. La revista francesa Prescrire, en la reciente actualización de la lista de medicamentos a evitar según la evidencia disponible, recomienda evitar la prescripción de olmesartán medoxomilo por efectos gastrointestinales (diarreas crónicas y pérdida de peso), y utilizar otras alternativas más favorables (ver Protocolo de Intercambio Terapéutico (PIT) de ARA II disponible para los hospitales de Aragón). La triple combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o ARA II junto con un diurético y un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) se conoce como triple whammy. Los pacientes con prescripción triple whammy (TW) presentan un 30% más de riesgo de fallo renal, recomendándose evitar el uso de esta asociación siempre que sea posible, y de lo contrario, monitorizar estrechamente los niveles de creatinina y de potasio. Actualmente en el EAP del centro de salud "Teruel Centro", existen un total de 160 ARS con prescripción activa de olmesartán medoxomilo y 215 pacientes con la combinación farmacológica triple whammy.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal de este proyecto es mejorar la seguridad de los tratamientos farmacológicos de los pacientes mediante dos actuaciones: selección de los ARA II con un mejor perfil de seguridad; y revisión/adecuación de los tratamientos combinados TW (IECA o ARA II + diurético + AINE). Mejora de la seguridad de los tratamientos farmacológicos. No utilizar olmesartán medoxomilo como ARA II de elección por sus efectos adversos gastrointestinales (diarrea crónica y pérdida de peso). Existen otras alternativas disponibles más eficientes y seguras. No prescribir tratamientos combinados triple whammy (IECA o ARA II + diurético + AINE) para disminuir el riesgo de fallo renal agudo (FRA). En el caso de que no fuera posible, monitorizar niveles de creatinina y de potasio.

MÉTODO

1. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo. El FAP enviará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda valorar su sustitución por un equivalente terapéutico en base al PIT establecido y aceptado para los hospitales de Aragón. Se enviarán los listados en marzo 2017 y septiembre 2017.

2. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con tratamientos combinados TW. A través del CM de Farmacia (CIAS), los MAP obtendrán mensualmente un listado con los pacientes de su cupo con una prescripción activa TW para su posterior revisión y adecuación.

3. Tras revisión y evaluación de cada caso se determinará la pertinencia puntual de la triple asociación farmacológica, y en dichos pacientes se monitorizará la función renal para la evaluación de posibles daños, en cuyo caso se retirará la medicación que se considere menos oportuna.

INDICADORES

-Disminución del número de pacientes en tratamiento con olmesartán medoxomilo.
Objetivo: 50%.
-Disminución del número de pacientes con prescripción TW.
Objetivo: 95%

DURACIÓN

1 DE MARZO A 31 DE DICIEMBRE 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 - 2016/1210

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS MEDIANTE EL USO DE TIRAS REACTIVAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL CASTILLO GUILLAMON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TERUEL CENTRO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MESADO ZAPATA SILVIA
TERUEL BAREA MARIA CARMEN
POMAR MARTIN MARIA LOURDES
CRESPO GONZALVO MARIA PILAR
MONTERO PEREZ ASCENSION
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Actualización de listados de pacientes.
-Instalación del programa informático, creación de la nueva base de datos. El Servicio de Informática del Hospital Obispo Polanco (HOP) está terminando de implantar el programa informático que ha desarrollado el Servicio de Informática del Hospital de Alcañiz para facilitar el seguimiento de los pacientes diabéticos que utilizan TRG.
-A fecha de 25 de enero de 2018, el programa sólo está disponible en el SFAP. Se ha creado una nueva base de datos en dicho programa con datos de pacientes a los que se dispensan TRG actualmente (nombre, tipo de DM, tipo de TRG que utiliza); datos de profesionales del Sector (CIAS (médico, enfermera) de los EAP del Sector Teruel); y de los distintos tipos de TRG disponibles para su dispensación en Aragón (Acuerdo Marco 10/2015).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Actualización de los listados de pacientes a los que se dispensan TRG en el EAP de Teruel Centro (tipo de DM, diabetes gestacional, éxitus, pacientes desplazados) por CIAS, a partir de la base de datos antigua que tenemos en el SFAP

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente terminar de desarrollar la parte del programa que permita a los EAP del Sector hacer la solicitud de tiras para cada paciente a través de una aplicación web del programa y monitorizar la dispensación y consumo de TRG.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1210 ===== ***

Nº de registro: 1210

Título
MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS MEDIANTE EL USO DE TIRAS REACTIVAS

Autores:
CASTILLO GUILLAMON MIGUEL, MESADO ZAPATA SILVIA, TERUEL BAREA MARIA CARMEN, POMAR MARTIN MARIA LOURDES, CRESPO GONZALVO MARIA PILAR, MONTERO PEREZ ASCENSION, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, PEREZ DIEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El autoanálisis de glucemia forma parte del proceso de educación diabetológica y su objetivo es mejorar el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1210

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS MEDIANTE EL USO DE TIRAS REACTIVAS

control metabólico del paciente diabético mediante la prevención de hipoglucemias y ajuste de la medicación, de la dieta o del ejercicio físico.

La frecuencia de autoanálisis será la necesaria para alcanzar los objetivos terapéuticos establecidos individualmente, con especial importancia en pacientes insulín dependientes, en diabetes gestacional y en situaciones de alto riesgo de desestabilización: cambios en el tratamiento farmacológico, utilización de medicamentos hiperglucemiantes, enfermedades intercurrentes, etc.

Las tiras reactivas de glucemia (TRG) son productos sanitarios de alto coste que están incluidos en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Sanidad (SNS). En el Sector Teruel, la distribución de TRG se realiza de forma directa desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria (SFAP) a los equipos de atención primaria (EAP). Como medio de educación terapéutica y con el objetivo de garantizar el correcto uso de las TRG para obtener el mayor beneficio posible, desde la Dirección de Continuidad Asistencial del Servicio Aragonés de Salud se elaboró en 2013 un protocolo de frecuencia de autoanálisis de glucemia capilar, revisado por el Grupo de Trabajo de la Estrategia de Diabetes en Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Implantación de un programa informático que facilite el seguimiento de los pacientes diabéticos que utilizan TRG (tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético, grado de estabilidad de la enfermedad (estable/inestable), frecuencia del autoanálisis, tipo de TRG que utiliza); y monitorizar la dispensación y el consumo de TRG para mejorar la coordinación entre medicina y enfermería.
2. Mejora de la educación diabetológica mediante el seguimiento de la dispensación de TRG para el autoanálisis de glucemia.
3. Mejora del control glucémico de los pacientes diabéticos que utilizan TRG.
4. Mejora de la adherencia de los pacientes diabéticos a la consulta de enfermería.

MÉTODO

1. Instalación de un programa informático para el control, por parte de los profesionales, de la dispensación de tiras.
2. Programación de sesiones formativas para la difusión del protocolo de frecuencia de autoanálisis en Aragón y para el uso del programa informático.
3. Designación de un coordinador de diabetes del EAP que colabore con el SEFP en la implantación del programa y en el que se centralice la petición de TRG para los pacientes del EAP.
4. Revisión de los pacientes del EAP que utilizan TRG. Se cumplimentará una solicitud para cada paciente que incluya tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético actual, TRG y frecuencia de autoanálisis que precisa. El impreso se remitirá al SFAP para su inclusión en el programa informático.
5. Programación de sesiones de educación diabetológica a nuestros pacientes.
6. Seguimiento de las dispensaciones de TRG y relación con los objetivos terapéuticos (HbA1C). Se dará acceso al programa informático de gestión de TRS al personal médico y de enfermería.

INDICADORES

- Registro de sesiones formativas para personal médico y de enfermería sobre criterios de utilización de TRG y manejo del programa informático implantado.
Estándar: 2 sesiones formativas (marzo 2017 y diciembre 2017)
- Número de pacientes en los que se revisa el uso de TRG (número de impresos de solicitud de TRG completos y remitidos al SFAP/total de pacientes que utilizan TRG del EAP). Estándar: 100% de pacientes.
- Registro de sesiones formativas para los pacientes diabéticos en el EAP.
Estándar: 1-2 sesiones formativas al año.
- Satisfacción percibida por los pacientes con educación en salud. Encuesta pre y post formación. Promedio: 8-10 puntos.
- Utilización eficiente de TRG. Disminución del coste de TRG para el EAP. Límite Inferior (LI): 10% y Límite Superior: 15%.

DURACIÓN

Abril-Mayo 2017.

- o Instalación del programa informático, creación de la nueva base de datos. Responsables: Servicio de Informática HOP, SFAP.
- o Sesiones formativas para profesionales. Responsable: Farmacéutico de AP.
- o Designación de un coordinador de diabetes del EAP.
Responsable: Coordinador médico/enfermería EAP.

Junio-Diciembre 2017.

- o Revisión de los pacientes que utilizan TRS, programación de sesiones formativas para pacientes y seguimiento de las dispensaciones de TRG.
Responsable: EAP.

Enero 2018.

Evaluación de resultados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1210

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS MEDIANTE EL USO DE TIRAS REACTIVAS

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 - 2016/1193

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN GALLARDO GANUZA
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS TERUEL ENSANCHE
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ DIEZ CRISTINA
LOZANO PASAMAR MARIANO
ESTEBANELL ARNAL MARIA PILAR
MONGE ILLANES ALEJANDRO
ABADIA PUYUELO ALVARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- ABRIL DE 2017: se crea el Equipo de Mejora y se elabora el proyecto
- MAYO: se realiza sesión formativa en el Centro de Salud con la participación de todos los profesionales de medicina
- SEPTIEMBRE se realiza revisión de resultados en Cuadro de Mando de Farmacia
- OCTUBRE: nueva sesión formativa, recordando el proyecto, con la participación de todos los profesionales médicos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Revisado en septiembre el CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA, datos a 1 de julio (muy próximo al inicio del proyecto), con los siguientes INDICADORES:
- El número de pacientes con prescripción Triple Whammy ha disminuido en un porcentaje del 5,6%, con un total al 1 de julio de 151 casos, había 200 casos a fecha 1 de marzo.
- El número de pacientes en tratamiento con Olmesartán medoxomilo ha disminuido en un porcentaje del 2,4% entre 1 de marzo y 1 de julio con respecto al total de pacientes en tratamiento con ARA II

A 31 de diciembre nueva revisión del CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA, con los siguientes resultados:
• El número de pacientes con prescripción Triple Whammy ha disminuido en un porcentaje del 26,5%, detectándose en esta fecha, 147 pacientes con triple prescripción vs 200 pacientes a fecha del 1 de marzo (inicio del proyecto)
• El número de pacientes en tratamiento con Olmesartán medoxomilo ha disminuido en un porcentaje del 6,1% entre marzo y diciembre de 2017, con respecto al total de pacientes en tratamiento con un ARA II

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha producido una reducción del 26,5% de los pacientes con Triple Whammy. Hay que considerar que el dato puede ser variable, según el momento del corte, ya que en ocasiones los pacientes precisan por patologías agudas tratamientos cortos con antiinflamatorios.

En cuanto a los tratamientos con Olmesartán medoxomilo se han reducido en un 6,1%

Dada la importancia del proyecto, sobre todo en el Triple Whammy, en cuanto a la seguridad de los pacientes, se plantea seguir con el mismo para el año 2018, realizando una nueva sesión formativa en Marzo de 2018

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1193 ===== ***

Nº de registro: 1193

Título
MEJORA DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1193

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN, PEREZ DIEZ CRISTINA, LOZANO PASAMAR MARIANO, ESTEBANELL ARNAL MARIA PILAR, MONGE ILLANES ALEJANDRO, PUEYO IZQUIERDO ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Olmesartán medoxomilo fue el principio activo de los Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) que mayor gasto supuso para el Sector de Teruel en 2016 (189.998€ y 2.760 DDDs), seguido de Valsartán (162.830€ y 60.728 DDDs). La revista francesa Prescrire, en la reciente actualización de la lista de medicamentos a evitar según la evidencia disponible, recomienda evitar la prescripción de olmesartán medoxomilo por efectos gastrointestinales (diarreas crónicas y pérdida de peso) y utilizar otras alternativas más favorables (Protocolo de Intercambio terapéutico (PIT) de ARA II para los hospitales de Aragón).

La tripe combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o ARA II junto con un diurético y un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) se conoce como triple whammy (TW). Los pacientes con prescripción TW presentan un 30% más de riesgo de fallo renal, recomendándose evitar el uso de esta asociación siempre que sea posible, y de lo contrario, monitorizar estrechamente los niveles de creatinina y de potasio.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal de este proyecto es mejorar la seguridad de los tratamientos farmacológicos de los pacientes mediante dos actuaciones:

- 1) Selección de los ARA II con un mejor perfil de seguridad, evitando el uso de olmesartán medoxomilo como ARA II de elección por sus efectos adversos gastrointestinales (diarrea crónica y pérdida de peso), ya que existen otras alternativas disponibles más eficientes y seguras
- 2) La revisión y adecuación de los tratamientos combinados TW (IECA o ARA II más diurético más AINE), evitando su prescripción para disminuir el riesgo de fallo renal agudo. Y en el caso que no fuera posible, monitorizar niveles de creatinina y de potasio.

MÉTODO

1. Formación del grupo de trabajo
2. Sesión informativa a los médicos del Centro de Salud
3. Valoración individual de los pacientes con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo, por parte de su médico de Atención Primaria, para ello:
 - El farmacéutico de Atención Primaria enviará a los Médicos del Centro de Salud un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de dicho fármaco (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente), con la finalidad de que pueda valorar su sustitución por un equivalente terapéutico en base al PIT
 - Los listados serán remitidos en marzo y septiembre de 2017
4. Seguimiento de los pacientes con tratamiento combinado TW:
 - A través del CUADRO DE MANDO DE FARMACIA (CIAS), los médicos del Centro de Salud podrán obtener un listado mensual con los pacientes de su cupo con prescripción activa TW
 - Posterior revisión y adecuación de los tratamientos de dichos pacientes: en los que se realizará una valoración de su función renal, para la detección del riesgo de fallo renal. Y en el caso de no poder retirar el fármaco una monitorización de creatinina y potasio mientras continúe con el mismo tratamiento.

INDICADORES

- Disminución en un porcentaje del 50% del número de pacientes en tratamiento con olmesartán medoxomilo. Dichos datos se extraerán del DATA de Farmacia, valorando los casos existente a 1 de marzo de 2017 (200 pacientes) y el porcentaje de reducción en septiembre y diciembre de 2017
- Disminución en un porcentaje del 100% del número de pacientes con prescripción TW. Actualmente en nuestro centro de salud se han detectado a 1 de marzo de 2017, 160 casos de TW. Estos casos se controlaran mensualmente en el cuadro de mando de Farmacia, con valoración final en diciembre de 2017

DURACIÓN

1. Formación del grupo de trabajo en marzo 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1193

1. TÍTULO

MEJORA DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMMY

2. Sesión informativa en 1ª quincena de abril de 2017
3. Envío de listados con prescripciones activas del olmesartán medoxomilo a cada profesional del centro de salud en marzo y septiembre de 2017
4. Listado mensual en el cuadro de mando de Farmacia, por CIAS, de los pacientes de su cupo con prescripción activa TW
5. Valoración de resultados en diciembre 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 - 2016/1194

1. TÍTULO

MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE JUAN ANTONIO ZORRAQUINO LOZANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ DIAZ CRISTINA
MALO LOU CARMEN
LOPEZ ESCUER JOSE LUIS
ASTUDILLO COBOS JUAN
ANTON CRESPO MANUEL
ADAN SOMARRIBA MARIA TERESA
DIAZ DIAZ TANIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- En la primera quincena de MARZO DE 2017: se creó el Equipo de Mejora
- Segunda quincena de MARZO: revisión de guía práctica clínica en el uso de IBP y análisis de los pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a omeprazol.
- Extracción de los listados de los pacientes a través del DATA de FARMACIA (a fecha 1 de marzo)
- El día 6 de ABRIL: se realiza sesión formativa en el Centro de Salud con la participación de todos los profesionales de medicina
- En SEPTIEMBRE: revisión de indicadores del cuadro de mando de farmacia.
- Ante los resultados parciales de septiembre a finales de OCTUBRE: nueva sesión formativa, recordando el proyecto y la importancia del mismo, con la participación de todos los profesionales médicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Revisado en septiembre el CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA se observa que poseemos DATOS A 1 DE JULIO (muy próximo al inicio del proyecto), con los siguientes INDICADORES:

- Entre 1 de marzo y 1 de julio se ha incrementado en un 1,6% el número de pacientes con prescripciones activas de IBPs en receta electrónica
- El 59,95% (julio de 2017) de los pacientes están en tratamiento con un IBP correspondiente a Omeprazol vs el 59,7% (marzo 2017)

Revisado a 31 de diciembre el CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA se observan los siguientes resultados:

- Entre marzo y diciembre de 2017, se ha incrementado un 1,9% el número de pacientes con prescripción activa de IBPs en receta electrónica.
- El 59,1% de los pacientes están en tratamiento con un IBP correspondiente a Omeprazol vs al 59,7% en marzo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ante los resultados del proyecto, con aumento de la prescripción de IBPs y sin aumento de la prescripción de omeprazol, junto con la importancia del tema, se plantea continuar con el proyecto durante 2018.

Se realizará nueva sesión formativa en marzo, para recordar el mismo entre TODOS los profesionales y que cada profesional controle cada 3 meses su cuadro de Mandos de Farmacia, para ser conscientes de su propia evolución en el tiempo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1194 ===== ***

Nº de registro: 1194

Título
MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Autores:
ZORRAQUINO LOZANO JUAN, PEREZ DIEZ CRISTINA, MALO LOU CARMEN, LOPEZ ESCUER JOSE LUIS, ASTUDILLO COBOS JUAN RAMON, ANTON CRESPO MANUEL ANGEL, ADAN SOMARRIBA MARIA TERESA, DIAZ DIAZ TANIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1194

1. TÍTULO

MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el Sector de Teruel, el incremento del gasto acumulado en el año 2016/2015 ha sido del 6,9%, debido al incremento del número de recetas (1,71%) y del gasto medio por receta (GPR) (5%). Ajustar el GPR es uno de los objetivos del programa de Uso Racional del Medicamento (URM) en Aragón, mediante medidas como la selección eficiente de moléculas, entre otras.

La prescripción de IBP en el C.S. Teruel Ensanche en 2016 supuso un gasto de 195.402 € (49,7% sobre el total de las prescripciones realizadas) y 802.293 DDDs. Los principios activos del subgrupo ordenados de mayor a menor gasto fueron: pantoprazol (supone el 14,7% de gasto sobre el total de la prescripción de IBPs), lansoprazol (11,6%), esomeprazol (9,8%), omeprazol (9,08%) y rabeprazol (4,6%)1.

Omeprazol es el IBP de elección frente al resto de principios activos del mismo subgrupo terapéutico, es el de mayor experiencia de uso, mejores y más prolongados estudios de seguridad y además, es el IBP de menor coste. Por ello, a igualdad de eficacia y seguridad, es el fármaco más eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal del proyecto es impulsar la selección eficiente de IBP para ajustar el gasto medio por receta en 2017, para ello:

1. No prescribir un IBP diferente de omeprazol, salvo en pacientes en tratamiento con clopidogrel y/o doble antiagregación y que precisen un IBP en los que se recomienda pantoprazol; y en pacientes con disfagia o sonda nasogástrica ó gástrica en los que se recomienda lansoprazol bucodispersable.
2. Reducción del porcentaje de las prescripciones de IBP diferente a Omeprazol en aquellos pacientes en los que se considere pertinente el tratamiento con algún IBP
3. Retirada del IBP en los pacientes en los que no se considera necesario y pertinente dicha toma

MÉTODO

1. Conformación del grupo de trabajo y designación del responsable del mismo.
2. Revisión de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en el uso de los IBP actualizadas.
3. Sesión formativa a los profesionales del C.S. Teruel Ensanche para dar a conocer el proyecto y las recomendaciones de las GPC en el uso de los IBP.
4. Análisis de los pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a Omeprazol. Extracción del listado de pacientes a través del DATA de Farmacia (fecha de corte: 01/03/2017).
5. Revisión individual consecutiva de estos pacientes, asociado a la consulta habitual de los tratamientos con IBP, y propuesta de cambio. Cada CIAS tendrá disponibles en el Cuadro de Mandos (CM) de Farmacia listados de pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a omeprazol en receta electrónica, actualizados mensualmente.
6. Sesión formativa a los profesionales del hospital acerca el proyecto de desprescripción y mejora de calidad de la prescripción de IBP.
7. Indicación al especialista hospitalario del cambio si se corresponde con una prescripción inducida.

INDICADORES

En el C.S. Teruel Ensanche, 2.887 pacientes (01/03/2017) tienen una prescripción activa de un IBP en receta electrónica. Un 40,3 % de la población en tratamiento con IBP está sujeto a una prescripción diferente a Omeprazol: 16% pantoprazol, 13,3% lansoprazol 8,1% de prescripciones de esomeprazol, 2,6% rabeprazol y 0,4% esomeprazol+naproxeno

Nos planteamos:

- Reducir el porcentaje de pacientes en tratamiento con un IBP diferente a Omeprazol, en al menos un 10% a partir de las cifras actuales (40,3%)

? Aumentar un 10% el porcentaje de pacientes en tratamiento con IBP correspondiente a Omeprazol, actualmente corresponde a 59,7%

? Retirada, en al menos un 50%, de la prescripción de IBP en pacientes en los que no es pertinente dicha toma

? Reducción del gasto por principio activo y cálculo de modificación de gasto.

La evaluación del proyecto se realizará en diciembre de 2017 a través de los datos extraídos del DATA de Farmacia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1194

1. TÍTULO

MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

DURACIÓN

Desde el inicio del proyecto en marzo de 2017 hasta final de 2017

- Formación del grupo y revisión de guías clínicas hasta 1ª quincena de abril
- Sesión formativa a los profesionales del CS 2ª quincena de abril
- Entrega de listados a los profesionales para valoración de la adecuación del tratamiento de IBP y propuesta de cambio si procede
- Valoración del proyecto en septiembre de 2017 y 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 - 2016/1194

1. TÍTULO

MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE JUAN ANTONIO ZORRAQUINO LOZANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ DIAZ CRISTINA
MALO LOU CARMEN
LOPEZ ESCUER JOSE LUIS
ASTUDILLO COBOS JUAN
ANTON CRESPO MANUEL
ADAN SOMARRIBA MARIA TERESA
DIAZ DIAZ TANIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE RECOPILAN DATOS DE PRESCRIPCION DE IBPS A JUNIO DE 2018 Y SE ESTABLECE COMPARATIVA CON EL AÑO ANTERIOR EL DIA 28 DE JUNIO DE 2018 SE REALIZA NUEVA SESION FORMATIVA DEL EAP, MEDIANTE PRESENTACION EN POWER POINT, Y SE RECUERDA LA PRESCRIPCION EFICIENTE DE LOS IBP'S Y LOS RESULTADOS DE LA COMPARATIVA QUE HABIAN EMPEORADO CON RESPECTO AL AÑO ANTERIOR.
TAMBIEN SE ESTABLECE ESTA CON LOS DEMAS SECTORES DE ARAGON Y ENTRE LOS DIFERENTES CUPOS DEL EAP.
SE RECOMIENDA REVISION DE PACIENTES PARA CADA CUPO E INTENTAR LA MEJORA DE LA MISMA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
REVISADOS LOS DATOS DE PRESCRIPCION DEL C. S. DE TERUEL ENSANCHE A FECHA 1 DE ENERO DE 2019, SE CONSTATAN EN TRATAMIENTO CON IBP 2834 PACIENTES, UN INCREMENTO DEL 0,36% CON RESPECTO AL AÑO ANTERIOR, ESTANDO UN 41% CON PRESCRIPCIONES DIFERENTES A OMEPRAZOL.
EL PORCENTAJE DE PACIENTES TRATADOS CON OMEPRAZOL A ESA FECHA ERA DEL 59,00 %, LO QUE REFERIDO A DICIEMBRE DE 2017 ES UN DESCENSO DEL 0,1% (59,1%)
LOS DATOS HAN SIDO OBTENIDOS EN CUADRO DE MANDOS DE FARMASALUD POR PARTE DE LA COMPONENTE DEL EQUIPO D^a CRISTINA PEREZ DIAS (FARMACEUTICA DE DIRECCION DE AP).
POR ELLO, ENTENDEMOS QUE EL IMPACTO DEL PROYECTO NO HA SIDO EL ESPERADO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA CONCLUSION ES QUE EL PROYECTO DE MEJORA NO HA RESULTADO EFECTIVO PARA LA CONSECUION DE LOS OBJETIVOS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1194 ===== ***

Nº de registro: 1194

Título
MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Autores:
ZORRAQUINO LOZANO JUAN, PEREZ DIEZ CRISTINA, MALO LOU CARMEN, LOPEZ ESCUER JOSE LUIS, ASTUDILLO COBOS JUAN RAMON, ANTON CRESPO MANUEL ANGEL, ADAN SOMARRIBA MARIA TERESA, DIAZ DIAZ TANIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS
Sexo Ambos sexos
Edad Adultos
Tipo Patología Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .. Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .. Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque
Otro Enfoque.....

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1194

1. TÍTULO

MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD DE TERUEL ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

En el Sector de Teruel, el incremento del gasto acumulado en el año 2016/2015 ha sido del 6,9%, debido al incremento del número de recetas (1,71%) y del gasto medio por receta (GPR) (5%). Ajustar el GPR es uno de los objetivos del programa de Uso Racional del Medicamento (URM) en Aragón, mediante medidas como la selección eficiente de moléculas, entre otras.

La prescripción de IBP en el C.S. Teruel Ensanche en 2016 supuso un gasto de 195.402 € (49,7% sobre el total de las prescripciones realizadas) y 802.293 DDDs. Los principios activos del subgrupo ordenados de mayor a menor gasto fueron: pantoprazol (supone el 14,7% de gasto sobre el total de la prescripción de IBPs), lansoprazol (11,6%), esomeprazol (9,8%), omeprazol (9,08%) y rabeprazol (4,6%)¹.

Omeprazol es el IBP de elección frente al resto de principios activos del mismo subgrupo terapéutico, es el de mayor experiencia de uso, mejores y más prolongados estudios de seguridad y además, es el IBP de menor coste. Por ello, a igualdad de eficacia y seguridad, es el fármaco más eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal del proyecto es impulsar la selección eficiente de IBP para ajustar el gasto medio por receta en 2017, para ello:

1. No prescribir un IBP diferente de omeprazol, salvo en pacientes en tratamiento con clopidogrel y/o doble antiagregación y que precisen un IBP en los que se recomienda pantoprazol; y en pacientes con disfagia o sonda nasogástrica o gástrica en los que se recomienda lansoprazol bucodispersable.
2. Reducción del porcentaje de las prescripciones de IBP diferente a Omeprazol en aquellos pacientes en los que se considere pertinente el tratamiento con algún IBP
3. Retirada del IBP en los pacientes en los que no se considera necesario y pertinente dicha toma

MÉTODO

1. Conformación del grupo de trabajo y designación del responsable del mismo.
2. Revisión de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en el uso de los IBP actualizadas.
3. Sesión formativa a los profesionales del C.S. Teruel Ensanche para dar a conocer el proyecto y las recomendaciones de las GPC en el uso de los IBP.
4. Análisis de los pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a Omeprazol. Extracción del listado de pacientes a través del DATA de Farmacia (fecha de corte: 01/03/2017).
5. Revisión individual consecutiva de estos pacientes, asociado a la consulta habitual de los tratamientos con IBP, y propuesta de cambio. Cada CIAS tendrá disponibles en el Cuadro de Mandos (CM) de Farmacia listados de pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a omeprazol en receta electrónica, actualizados mensualmente.
6. Sesión formativa a los profesionales del hospital acerca el proyecto de desprescripción y mejora de calidad de la prescripción de IBP.
7. Indicación al especialista hospitalario del cambio si se corresponde con una prescripción inducida.

INDICADORES

En el C.S. Teruel Ensanche, 2.887 pacientes (01/03/2017) tienen una prescripción activa de un IBP en receta electrónica. Un 40,3 % de la población en tratamiento con IBP está sujeto a una prescripción diferente a Omeprazol: 16% pantoprazol, 13,3% lansoprazol 8,1% de prescripciones de esomeprazol, 2,6% rabeprazol y 0,4% esomeprazol+naproxeno

Nos planteamos:

- Reducir el porcentaje de pacientes en tratamiento con un IBP diferente a Omeprazol, en al menos un 10% a partir de las cifras actuales (40,3%)
? Aumentar un 10% el porcentaje de pacientes en tratamiento con IBP correspondiente a Omeprazol, actualmente corresponde a 59,7%
- ? Retirada, en al menos un 50%, de la prescripción de IBP en pacientes en los que no es pertinente dicha toma
- ? Reducción del gasto por principio activo y cálculo de modificación de gasto.

La evaluación del proyecto se realizará en diciembre de 2017 a través de los datos extraídos del DATA de Farmacia

DURACIÓN

Desde el inicio del proyecto en marzo de 2017 hasta final de 2017

- Formación del grupo y revisión de guías clínicas hasta 1ª quincena de abril
- Sesión formativa a los profesionales del CS 2ª quincena de abril
- Entrega de listados a los profesionales para valoración de la adecuación del tratamiento de IBP y propuesta de cambio si procede
- Valoración del proyecto en septiembre de 2017 y diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1194

1. TÍTULO

**MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD DE TERUEL
ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES**

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 - 2016/1195

1. TÍTULO

PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: "TERUEL CAMINA CON GUSTO"

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE TANIA DIAZ DIAZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN
FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE
ZORRAQUINO LOZANO JUAN ANTONIO
LOU DOMINGO VICTORIANO
MONTOLIO PLUMED JOSE ANTONIO
MONTANER GIMENEZ AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- ABRIL se da a conocer el proyecto a TODOS LOS MIEMBROS del Equipo del CS Teruel-Ensanche
- MAYO se rediseñan las charlas a realizar este año: HIPERCOLESTEROLEMIA Y CONSUMO DE SAL EN HTA
- JUNIO se realiza paseo con los profesionales del Centro por el CAMINO DEL CARBURO, próximo al río. Tras el paseo se opina que no es viable para realizar con los pacientes por estar muy alejado de nuestro Centro de Salud, por lo que se decide cambiar el lugar donde realizar el paseo.
- En la segunda quincena de JUNIO se presenta a los profesionales la charla de Hipercolesterolemia, en la que se hará alguna modificación y se presentara en Octubre a los pacientes.
- Se decide que en cada charla se pasará primero una encuesta al grupo para ver su nivel de conocimientos sobre el tema. Se volverá a pasar al final de la charla para poder ver los conocimientos adquiridos, así como una encuesta de satisfacción y de sugerencias.
- En JULIO Y AGOSTO se rediseña el paseo (en colaboración con la Universidad), que será temático por el PARQUE DE LOS FUEROS, y lo realizarán primero los profesionales del centro

La jubilación en agosto del responsable del proyecto (Dr. Ángel Pueyo Izquierdo) ha supuesto una pequeña pausa en el proyecto, si bien se siguen realizando actividades:

- Se ha diseñado el paseo de los profesionales con los pacientes por el parque de los Fueros, perteneciente a nuestra zona de salud, por el Dr. D. José Carrasquer (de la Facultad de Humanidades), experto conocedor de la zona y de la historia natural
- El Dr. D. José Carrasquer ha realizado un folleto del paseo y de la historia del parque y la naturaleza presente en el mismo, está siendo diseñado por alumnos de la Facultad de Bellas Artes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La jubilación del responsable inicial del proyecto, junto con la sobrecarga asistencial, ha supuesto un entrecimiento del mismo, pero los profesionales estamos interesados en el tema y dispuestos a continuar, por lo que se están estableciendo las nuevas actividades.
El grupo está muy concienciado de la importancia de la salud comunitaria y la participación de los pacientes en el cuidado de su propia salud.
Contamos con la colaboración especial del Dr. Ángel Pueyo, verdadero motor de este proyecto, que aunque se ha jubilado, desea participar en el mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como todo proyecto comunitario, la puesta en marcha de cada una de las etapas es costosa y requiere una importante motivación por parte de los profesionales, pero se ha planteado nuevas actividades para continuar con el mismo:

- Se está diseñando una encuesta de valoración de los conocimientos de los pacientes que deseen participar y se investigará también su motivación, para adaptar las charlas a sus necesidades.
- Dentro de cada cupo de medicina y enfermería se va a invitar a varios pacientes con factores de riesgo cardiovascular a participar en la actividad
- Durante este año nos proponemos comenzar con la primera charla a los pacientes en Marzo y el primer paseo en Abril.
- Se proyecta hacer al menos 2 charlas y 2 paseos al año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1195 ===== ***

Nº de registro: 1195

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1195

1. TÍTULO

PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: "TERUEL CAMINA CON GUSTO"

PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: "TERUEL CAMINA CON GUSTO"

Autores:

PUEYO IZQUIERDO ANGEL, GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN, FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE, DIAZ DIAZ TANIA, ZORRAQUINO LOZANO JUAN, MONTANER GIMENEZ AMPARO, LOU DOMINGO VICTORIANO, MONTOLIO PLUMED JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Proyecto comunitario de educación para la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Educación para la salud

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en España y en el mundo y para poder disminuir su incidencia y mortalidad es fundamental actuar sobre los factores de riesgo que favorecen su aparición.

Se distinguen dos tipos de factores de riesgo: NO MODIFICABLES, la edad, sexo y herencia genética y MODIFICABLES: tabaco, hipertensión arterial, dislipemias, diabetes mellitus, obesidad /sobrepeso, sedentarismo y consumo de alcohol.

Está demostrado que el de dejar de fumar, reducir el consumo de sal en la dieta, el consumo de frutas y verduras con reducción de las grasas, realizar actividad física regular y evitar el consumo excesivo de alcohol reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

RESULTADOS ESPERADOS

Un centro de salud debe ser un centro de asistencia sanitaria, pero también una ESCUELA DE SALUD. Todas las personas deben saber reconocer los factores que determinan sus enfermedades y deben ser capaces de afrontarlos; es lo que se denomina estilos de vida saludables, que no es otra cosa que el tener la habilidad de esquivar los problemas de salud y dar esquinazo a las enfermedades. Valentin Fuster en sus diversas publicaciones a menudo se pregunta, cómo es posible que en estas sociedades tan desarrolladas, en las que se dispone de los mejores tratamientos, de excelentes hospitales y mejores Centros de Salud cada vez haya más enfermos diabéticos, hipertensos, obesos y cada vez mueran más personas por enfermedades cardiovasculares.

Todo esto nos ha estimulado a iniciar un programa de educación para la salud, para intentar que nuestros pacientes puedan disfrutar de buena salud motivándoles a controlar la propia alimentación, practicar actividad física y no practicar comportamientos que se consideran poco saludables como fumar, consumir en exceso bebidas alcohólicas, ... y saber disfrutar de todo aquello que nos rodea. En esencia este es el arte de la salud.

MÉTODO

Hemos denominado a nuestro programa de salud "Teruel camina con gusto" y se ha comenzado a diseñar y elaborar en pequeñas etapas a lo largo de 2016, con una continuidad y un trabajo a largo plazo como todos los proyectos de educación para la salud, de la forma siguiente:

- PRIMERA FASE: actuación sobre pacientes que presentan factores de riesgo cardiovascular, mediante:
 - Charlas a grupos reducidos, de 10 a 15 personas, agrupadas por factores de riesgo
 - Conocimiento de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular
 - Formación sencilla sobre alimentación y ejercicio
 - Favorecer la realización de ejercicio físico, mediante la realización de un paseo temático por el parque de los fueros, siempre acompañados por un profesional sanitario, con información cultural y medioambiental de la zona.
- SEGUNDA FASE: actuación sobre personas sanas para transmitir conocimiento sobre enfermedades cardiovasculares y la prevención de las mismas actuando sobre los posibles factores de riesgo
- TERCERA FASE : actuación en los centros escolares para hacerles conocer los estilos de vida saludable y nos sirvan de transmisores a su familia.

Durante 2017 se va a poner en marcha la PRIMERA FASE

INDICADORES

- Antes de realizar cada charla de educación sanitaria se pasará una ENCUESTA PARA LA VALORACION de los conocimientos que los pacientes tienen de las enfermedades cardiovasculares, sus factores de riesgo y como actuar sobre los mismos
- Dicha encuesta se volverá a pasar tras las actividades, para valorar la efectividad de las actividades,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1195

1. TÍTULO

PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: "TERUEL CAMINA CON GUSTO"

- sus conocimientos sobre la salud y su implicación sobre los factores en los que actuar
- Así mismo, se les entregará una encuesta de Calidad, para valorar la satisfacción de los participantes

DURACIÓN

- Una sesión informativa a los profesionales del Centro de Salud en Abril de 2017
- Charla/paseo a la población en grupos reducidos, comenzando en mayo de 2017 (excluyendo meses de verano):
 1. Primera charla/paseo: hipercolesterolemia (Mayo)
 2. Segunda charla/paseo: obesidad (Junio)
 3. Tercera charla/paseo: hipertensión arterial (octubre)

OBSERVACIONES

Como todo proyecto de educación sanitaria es a largo plazo, con fechas aproximadas, según la disponibilidad del personal y del Centro, y con posibles modificaciones según las valoraciones de los usuarios.

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 - 2016/1195

1. TÍTULO

TERUEL CAMINA CON GUSTO

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE TANIA DIAZ DIAZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN
FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE
LOU DOMINGO VICTORIANO
MONTOLIO PLUMED JOSE ANTONIO
MONTANER GIMENEZ AMPARO
PUEYO IZQUIERDO ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se diseñó en colaboración con el profesor universitario D. José Carrasquer, con los alumnos de la Facultad de Bellas Artes, un folleto del paseo con la historia del parque de los Fueros.
Al inicio del proyecto se realizó una encuesta a los asistentes para conocer su grado de conocimiento y sus temas de preferencia.
Se han realizado durante este año dos charlas sobre hipercolesterolemia e hipertensión, con posterior paseo. En las charlas se explica la patología, factores de riesgo y protectores, medidas de prevención y tratamiento, así como síntomas y signos ante los que acudir al médico. Los participantes participan en la charla exponiendo sus dudas y sus conocimientos. Posteriormente se desarrolla el paseo, acompañados por D. José Carrasquer, que explica las enfermedades de los árboles del parque similares a las nuestras, así como datos relevantes de los mismos, comparándolo con el reloj biológico.
En cada charla se elaboró carteles informativos de la convocatoria, entregado un díptico resumen de la charla y un manual básico sobre hábitos de vida saludable.
El cumplimiento del calendario sufrió un retraso por la jubilación del dr. Pueyo, responsable inicial del proyecto, y por la carga asistencial del centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Señalar el resultado alcanzado y su relación con el standard marcado. Indicar el impacto del proyecto y los indicadores utilizados, incluyendo su fuente y método de obtención
El proyecto ha sido gratamente aceptado por los pacientes demandando continuación del mismo y utilidad en su vida diaria sobre la información recibida. El impacto del mismo reside en la implicación y concienciación de los pacientes en la importancia de la prevención de los factores de riesgo cardiovascular y realización de ejercicio físico habitual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Incluir una valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos y, en su caso, mencionar aquellos aspectos que han quedado pendientes. Aportar la información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación.
La mejora del mismo radicaría en la realización de las charlas más a menudo. Dado la duración del proyecto se considera finalizado el mismo pasando ahora a las actividades comunes de realización por el centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1195 ===== ***

Nº de registro: 1195

Título
PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: "TERUEL CAMINA CON GUSTO"

Autores:
PUEYO IZQUIERDO ANGEL, GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN, FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE, DIAZ DIAZ TANIA, ZORRAQUINO LOZANO JUAN, MONTANER GIMENEZ AMPARO, LOU DOMINGO VICTORIANO, MONTOLIO PLUMED JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Proyecto comunitario de educación para la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1195

1. TÍTULO

TERUEL CAMINA CON GUSTO

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Educación para la salud

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en España y en el mundo y para poder disminuir su incidencia y mortalidad es fundamental actuar sobre los factores de riesgo que favorecen su aparición.

Se distinguen dos tipos de factores de riesgo: NO MODIFICABLES, la edad, sexo y herencia genética y MODIFICABLES: tabaco, hipertensión arterial, dislipemias, diabetes mellitus, obesidad /sobrepeso, sedentarismo y consumo de alcohol.

Está demostrado que el de dejar de fumar, reducir el consumo de sal en la dieta, el consumo de frutas y verduras con reducción de las grasas, realizar actividad física regular y evitar el consumo excesivo de alcohol reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

RESULTADOS ESPERADOS

Un centro de salud debe ser un centro de asistencia sanitaria, pero también una ESCUELA DE SALUD. Todas las personas deben saber reconocer los factores que determinan sus enfermedades y deben ser capaces de afrontarlos; es lo que se denomina estilos de vida saludables, que no es otra cosa que el tener la habilidad de esquivar los problemas de salud y dar esquinazo a las enfermedades. Valentín Fuster en sus diversas publicaciones a menudo se pregunta, cómo es posible que en estas sociedades tan desarrolladas, en las que se dispone de los mejores tratamientos, de excelentes hospitales y mejores Centros de Salud cada vez haya más enfermos diabéticos, hipertensos, obesos y cada vez mueran más personas por enfermedades cardiovasculares.

Todo esto nos ha estimulado a iniciar un programa de educación para la salud, para intentar que nuestros pacientes puedan disfrutar de buena salud motivándoles a controlar la propia alimentación, practicar actividad física y no practicar comportamientos que se consideran poco saludables como fumar, consumir en exceso bebidas alcohólicas, ... y saber disfrutar de todo aquello que nos rodea. En esencia este es el arte de la salud.

MÉTODO

Hemos denominado a nuestro programa de salud "Teruel camina con gusto" y se ha comenzado a diseñar y elaborar en pequeñas etapas a lo largo de 2016, con una continuidad y un trabajo a largo plazo como todos los proyectos de educación para la salud, de la forma siguiente:

- PRIMERA FASE: actuación sobre pacientes que presentan factores de riesgo cardiovascular, mediante:
 - Charlas a grupos reducidos, de 10 a 15 personas, agrupadas por factores de riesgo
 - Conocimiento de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular
 - Formación sencilla sobre alimentación y ejercicio
 - Favorecer la realización de ejercicio físico, mediante la realización de un paseo temático por el parque de los fueros, siempre acompañados por un profesional sanitario, con información cultural y medioambiental de la zona.
- SEGUNDA FASE: actuación sobre personas sanas para transmitir conocimiento sobre enfermedades cardiovasculares y la prevención de las mismas actuando sobre los posibles factores de riesgo
- TERCERA FASE : actuación en los centros escolares para hacerles conocer los estilos de vida saludable y nos sirvan de transmisores a su familia.

Durante 2017 se va a poner en marcha la PRIMERA FASE

INDICADORES

- Antes de realizar cada charla de educación sanitaria se pasará una ENCUESTA PARA LA VALORACION de los conocimientos que los pacientes tienen de las enfermedades cardiovasculares, sus factores de riesgo y como actuar sobre los mismos
- Dicha encuesta se volverá a pasar tras las actividades, para valorar la efectividad de las actividades, sus conocimientos sobre la salud y su implicación sobre los factores en los que actuar
- Así mismo, se les entregará una encuesta de Calidad, para valorar la satisfacción de los participantes

DURACIÓN

- Una sesión informativa a los profesionales del Centro de Salud en Abril de 2017
- Charla/paseo a la población en grupos reducidos, comenzando en mayo de 2017 (excluyendo meses de verano):
 1. Primera charla/paseo: hipercolesterolemia (Mayo)
 2. Segunda charla/paseo: obesidad (Junio)
 3. Tercera charla/paseo: hipertensión arterial (octubre)

OBSERVACIONES

Como todo proyecto de educación sanitaria es a largo plazo, con fechas aproximadas, según la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1195

1. TÍTULO

TERUEL CAMINA CON GUSTO

disponibilidad del personal y del Centro, y con posibles modificaciones según las valoraciones de los usuarios.

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 - 2016/1208

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD TERUEL ENSANCHE MEDIANTE EL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE FERNANDEZ ARREDONDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TERUEL ENSANCHE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUSTERO FUSTERO SARA
ROMERO POBO DOMINICA
RUBIO HERNANDEZ VIRGINIO
GOMEZ ROYO ANA MARIA
BELENGUER ANDRES NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Actualización de listados.
- Instalación del programa informático, creación de la nueva base de datos. El Servicio de Informática del Hospital Obispo Polanco (HOP) está terminando de implantar el programa informático que ha desarrollado el Servicio de Informática del Hospital de Alcañiz para facilitar el seguimiento de los pacientes diabéticos que utilizan TRG.
- A fecha de 25 de enero de 2018, el programa sólo está disponible en el SFAP. Se ha creado una nueva base de datos en dicho programa con datos de pacientes a los que se dispensan TRG actualmente (nombre, tipo de DM, tipo de TRG que utiliza); datos de profesionales del Sector (CIAS (médico, enfermera) de los EAP del Sector Teruel); y de los distintos tipos de TRG disponibles para su dispensación en Aragón (Acuerdo Marco 10/2015).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Actualización de los listados de pacientes a los que se dispensan TRG en el EAP de Teruel Centro (tipo de DM, diabetes gestacional, éxitus, pacientes desplazados) por CIAS, a partir de la base de datos antigua que tenemos en el SFAP

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente terminar de desarrollar la parte del programa que permita a los EAP del Sector hacer la solicitud de tiras para cada paciente a través de una aplicación web del programa y monitorizar la dispensación y consumo de TRG.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1208 ===== ***

Nº de registro: 1208

Título
MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD TERUEL ENSANCHE MEDIANTE EL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA

Autores:
FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE, FUSTERO FUSTERO SARA, ROMERO POBO DOMINICA, RUBIO HERNANDEZ VIRGINIO, GOMEZ ROYO ANA MARIA, BELENGUER ANDRES NATIVIDAD, PEREZ DIEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El autoanálisis de glucemia forma parte del proceso de educación diabetológica y su objetivo es mejorar el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1208

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD TERUEL ENSANCHE MEDIANTE EL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA

control metabólico del paciente diabético mediante la prevención de hipoglucemias y ajuste de la medicación, de la dieta o del ejercicio físico.

La frecuencia de autoanálisis será la necesaria para alcanzar los objetivos terapéuticos establecidos individualmente, con especial importancia en pacientes insulín dependientes, en diabetes gestacional y en situaciones de alto riesgo de desestabilización: cambios en el tratamiento farmacológico, utilización de medicamentos hiperglucemiantes, enfermedades intercurrentes, etc.

Las tiras reactivas de glucemia (TRG) son productos sanitarios de alto coste que están incluidos en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Sanidad (SNS). En el Sector Teruel, la distribución de TRG se realiza de forma directa desde el Servicio de Farmacia de Atención Primaria (SFAP) a los equipos de atención primaria (EAP). Como medio de educación terapéutica y con el objetivo de garantizar el correcto uso de las TRG para obtener el mayor beneficio posible, desde la Dirección de Continuidad Asistencial del Servicio Aragonés de Salud se elaboró en 2013 un protocolo de frecuencia de autoanálisis de glucemia capilar, revisado por el Grupo de Trabajo de la Estrategia de Diabetes en Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Implantación de un programa informático que facilite el seguimiento de los pacientes diabéticos que utilizan TRG (tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético, grado de estabilidad de la enfermedad (estable/inestable), frecuencia del autoanálisis, tipo de TRG que utiliza); y monitorizar la dispensación y el consumo de TRG para mejorar la coordinación entre medicina y enfermería.
2. Mejora de la educación diabetológica mediante el seguimiento de la dispensación de TRG para el autoanálisis de glucemia.
3. Mejora del control glucémico de los pacientes diabéticos que utilizan TRG.
4. Mejora de la adherencia de los pacientes diabéticos a la consulta de enfermería.

MÉTODO

1. Instalación de un programa informático para el control, por parte de los profesionales, de la dispensación de tiras.
2. Programación de sesiones formativas para la difusión del protocolo de frecuencia de autoanálisis en Aragón y para el uso del programa informático.
3. Designación de un coordinador de diabetes del EAP que colabore con el SEFP en la implantación del programa y en el que se centralice la petición de TRG para los pacientes del EAP.
4. Revisión de los pacientes del EAP que utilizan TRG. Se cumplimentará una solicitud para cada paciente que incluya tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético actual, TRG y frecuencia de autoanálisis que precisa. El impreso se remitirá al SFAP para su inclusión en el programa informático.
5. Programación de sesiones de educación diabetológica a nuestros pacientes.
6. Seguimiento de las dispensaciones de TRG y relación con los objetivos terapéuticos (HbA1C). Se dará acceso al programa informático de gestión de TRS al personal médico y de enfermería.

INDICADORES

- Registro de sesiones formativas para personal médico y de enfermería sobre criterios de utilización de TRG y manejo del programa informático implantado.
Estándar: 2 sesiones formativas (marzo 2017 y diciembre 2017)
- Número de pacientes en los que se revisa el uso de TRG (número de impresos de solicitud de TRG completos y remitidos al SFAP/total de pacientes que utilizan TRG del EAP). Estándar: 100% de pacientes.
- Registro de sesiones formativas para los pacientes diabéticos en el EAP.
Estándar: 1-2 sesiones formativas al año.
- Satisfacción percibida por los pacientes con educación en salud. Encuesta pre y post formación. Promedio: 8-10 puntos.
- Utilización eficiente de TRG. Disminución del coste de TRG para el EAP. Límite Inferior (LI): 10% y Límite Superior: 15%.

DURACIÓN

- Abril-Mayo 2017.
 - o Instalación del programa informático, creación de la nueva base de datos. Responsables: Servicio de Informática HOP, SFAP.
 - o Sesiones formativas para profesionales. Responsable: Farmacéutico de AP.
 - o Designación de un coordinador de diabetes del EAP. Responsable: Coordinador médico/enfermería EAP.

Junio-Diciembre 2017.

- o Revisión de los pacientes que utilizan TRS, programación de sesiones formativas para pacientes y seguimiento de las dispensaciones de TRG.
Responsable: EAP.

Enero 2018.

- Evaluación de resultados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1208

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL METABOLICO DE LOS PACIENTES DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD TERUEL ENSANCHE MEDIANTE EL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA

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 - 2016/1189

1. TÍTULO

PORCENTAJE DE PACIENTES PEDIATRICOS VISTOS EN SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA CON OTITIS MEDIA AGUDA QUE SON TRATADOS CON AMOXICILINA O AMOXICILINA-CLAVULANICO

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE YOLANDA BAYONA FARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UTRILLAS
· Localidad UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BAYONA FARO YOLANDA
ZEIN SIDAHMED
BENEDI ZAMARVIDE MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Prescribir, según un protocolo en base a las directrices de la sociedad española de pediatría, amoxicilina o amoxicilina-clavulanico en niños con otitis media aguda

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Reducción del uso de antibióticos y en el caso de que sea necesario usarlos, pautar, siempre que no haya alergias, amoxicilina o amoxicilina-clavulanico.
Fuente y método de obtención: historias de los niños vistos en el servicio de atención continuada del C.S. Utrillas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha visto que en muchos casos en los que antes se hubiera dado antibiótico no es necesario darlo. También que la amoxicilina o amoxicilina-clavulanico son tan eficaces como otros antibióticos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1189 ===== ***

Nº de registro: 1189

Título
PORCENTAJE DE PACIENTES PEDIATRICOS VISTOS EN SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA CON OTITIS MEDIA AGUDA QUE SON TRATADOS CON AMOXICILINA O AMOXICILINA-CLAVULANICO

Autores:
BENEDI ZAMARVIDE MARTA, BAYONA FARO YOLANDA, ZEIN CHEJ SIDAHMED

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Detectar el porcentaje de pacientes pediátricos vistos en atención continuada que son tratados con antibiótico y ver que antibiótico se usa, ya que se observa que en muchas ocasiones se usan antibióticos sin ser necesario y que los que se usan en ocasiones no son amoxicilina o amoxicilina-clavulánico

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es prescribir antibiótico vía oral únicamente cuando está indicado y que este sea el adecuado. Nuestra población diana serían los pacientes en edad pediátrica puesto que es en este grupo en el que la incidencia de otitis es mayor.
El servicio al que está dirigido el proyecto es el de atención continuada ya que aquí es donde desarrollamos básicamente nuestra actividad los médicos participantes y es en este servicio donde acuden gran cantidad de niños con otalgia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1189

1. TÍTULO

PORCENTAJE DE PACIENTES PEDIATRICOS VISTOS EN SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA CON OTITIS MEDIA AGUDA QUE SON TRATADOS CON AMOXICILINA O AMOXICILINA-CLAVULANICO

MÉTODO

- Basarnos en las directrices de la Sociedad Española de Pediatría para prescribir antibiótico.
- Reunión semanal para revisar los pacientes vistos por otalgia y la actitud de los distintos profesionales.

INDICADORES

Uso de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico en pacientes pediátricos con otitis media aguda según recomendaciones de Asociación Española de Pediatría.

DURACIÓN

Realización durante el año 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 - 2016/1171

1. TÍTULO

SUPERVISION Y DIETETICA DEL MENU DEL COMEDOR ESCOLAR Y CERTIFICACION DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL MENU MENSUAL-COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE MARTA BENEDI ZAMARVIDE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UTRILLAS
· Localidad UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONZON GRACIA ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

II.- Actividades realizadas durante el año.

SE HAN CONFECCIONADO, SUPERVISADO Y CERTIFICADO DURANTE ESTE AÑO 2017 UN TOTAL DE 10 MENÚS PARA EL COMEDOR ESCOLAR

- DURANTE EL CURSO ESCOLAR 2016-2017: LOS MENÚS DE COMEDOR ESCOLAR CORRESPONDIENTES A LOS MESES DE ENERO, FEBRERO, MARZO, ABRIL, MAYO Y JUNIO, INCLUSIVE.

- DURANTE EL CURSO ESCOLAR 2017-2018: LOS MENÚS DE COMEDOR ESCOLAR CORRESPONDIENTES A LOS MESES DE SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE, INCLUSIVE.-

- En cuanto a las actividades de organización : Como se ha expuesto, se realiza una primera reunión conjunta entre todos los implicados en el proyecto (personal sanitario, personal de cocina y dirección del centro escolar) y posteriormente se van realizando comunicaciones mensuales para ir confeccionando los menús que corresponde a cada mes del curso escolar, remitiéndose dichas comunicaciones vía telemática y haciendo llegar las certificaciones firmadas de cada mes personalmente a la dirección del centro para ser incluidas en los correspondientes archivos que son requeridos, en su caso, por la inspección sanitaria.

- (de comunicación (difusión a profesionales del centro, otros centros y a los grupos y población destinataria, etc.): Asimismo, se hace entrega a cada familia, a través de los alumnos, durante la última semana de cada mes, una copia del menú del comedor escolar que va a estar vigente durante el siguiente mes. Como se ha expuesto, se debe tener en cuenta que el área de influencia escolar del centro escolar es COMARCAL, por cuanto las familias que se matriculan en este centro escolar provienen de la mitad de la Comarca Cuencas Mineras, unos 10 municipios, a través de las rutas escolares que ofrece el servicio provincial de Educación por medio del convenio suscrito con la entidad comarcal.

- de evaluación (metodología para obtener la información y su valoración). La información que va a servir para la confección de los menús escolares se obtiene, en un primer momento, por parte del personal de cocina que indica cuáles son los alimentos de los que se dispone o se puede disponer; en un segundo momento del proceso, se estudian dichos alimentos por parte del personal sanitario y se aplican las tablas de conocimiento profesional que se tienen por parte del personal sanitario respecto del cálculo de los porcentajes de kilocalorías, hidratos de carbono, lípidos y proteínas, conforme a las guías profesionales así como la GUIA DE COMEDORES ESCOLARES y reglamentación tanto autonómica como estatal relativa al servicio de comidas en los centros escolares..

- Especificar los materiales elaborados y utilizados (guías y materiales para profesionales, recursos para pacientes y población destinataria, etc.). Se confecciona un DOCUMENTO en formato WORD, correspondiente a cada mes y formado por cada uno de los días lectivos que componen el curso escolar durante ese mes, que es remitido por la dirección del centro al consultorio médico local, vía telemática, donde es supervisado y, adaptados los alimentos propuestos por el personal de cocina a los valores estimados saludables según las indicaciones sanitarias, es nuevamente remitido a la dirección del centro para su entrega a las familias mediante copias, siendo el documento original archivado por el personal de cocina en los documentos que forman aquellos requeridos cuando se procede a las inspecciones sanitarias reglamentarias en las instalaciones del comedor escolar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

III.-Objetivos y resultados alcanzados.

- Valoración del grado de consecución de los objetivos específicos del proyecto. Se ha constatado a través de la dirección del centro sanitario, así como del personal de cocina y de las familias de los alumnos que usan el servicio de comedor escolar del centro de Montalbán, que el servicio de supervisión dietética ofrece una garantía de prevención y de fomento de hábitos saludables entre los escolares, y asimismo que las propias familias han valorado este servicio como excelente dentro de la oferta educativa que conlleva el centro escolar de Montalbán. Asimismo, se valora positivamente por parte del profesorado en el claustro de profesores y por parte de toda la Comunidad Educativa en el consejo escolar que se reúne trimestralmente para analizar la situación del comedor escolar durante el curso, y así se ha trasladado al personal sanitario supervisor, indicándose asimismo por parte de las autoridades de la inspección sanitario el cumplimiento de la normativa vigente por parte del servicio de comedor escolar del Colegio de Montalbán.

- Coherencia de lo realizado con el objetivo general del proyecto. El objetivo general del proyecto es fomentar y promocionar hábitos saludables y de prevención de enfermedades relacionadas con la nutrición entre la población escolar, haciendo especial hincapié en la aplicación de unas DIETA SALUDABLE, con un amplio abanico de oferta alimentaria, determinando las necesidades propias de las edades de los alumnos, y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1171

1. TÍTULO

SUPERVISION Y DIETETICA DEL MENU DEL COMEDOR ESCOLAR Y CERTIFICACION DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL MENU MENSUAL-COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

particularmente insistiendo en la ingesta de alimentos saludables como frutas, verduras, legumbres, ausencia de grasas industriales, etc...

- Descripción de los principales resultados alcanzados e impacto del proyecto. Los principales resultados obtenidos se han detectado por parte de la dirección del centro escolar indicando que los escolares que hacen uso del comedor escolar llevan una dieta saludable, que su alimentación es rica y variada, y que además, por parte del personal que se encarga del cuidado de los alumnos en el servicio de comedor escolar, monitoras de comedor, se indica el alto grado de satisfacción de las familias respecto de la oferta gastronómica que se indica en el menú a través del conocimiento personal de los radio oyentes cuanto han acudido a la consulta médica o a la oficina de farmacia indicando que algunas cuestiones ya las había escuchado por la radio en el programa de salud; por ejemplo, se había enterado del inicio de la campaña de vacunación, o había conocido la instalación de aparatos desfibriladores en la localidad.

Indicadores cuantitativos y cualitativos seleccionados y su relación con los objetivos. Por lo tanto, al tratarse de fomentar y promocionar hábitos saludables desde edades tempranas, se favorece la salud de los escolares directamente desde una de las principales comidas del día (hay que mencionar asimismo, que el propio centro escolar está inmerso desde hacer varios cursos escolares en el programa del Gobierno de Aragón dedicado al fomento del consumo de la fruta en el almuerzo del recreo escolar) precisamente en la etapa de mayor crecimiento y desarrollo tanto físico como intelectual, además de contribuir a la prevención de algunos problemas de salud relacionados con la nutrición (obesidad, dislipemia, etc..), y se contribuye asimismo disminuir el porcentaje de alumnado, con edades comprendidas entre los 3 y 14 años, que padecen obesidad, a través del programa del Niño Sano.

Comparación de los cambios entre la situación previa (antes del desarrollo del proyecto) y final (en el momento de hacer la memoria).

La cualificación de la alimentación que a través de este proyecto tienen los alumnos del centro escolar de Montalbán que son usuarios del servicio de comedor escolar ha ido en aumento por la supervisión dietética que se produce a través de personal cualificado, incidiendo en aquellos aspectos que pueden mejorar la DIETA ALIMENTICIA de los mismos, aportando y aplicando información nutritiva esencial para su desarrollo en una de las principales comidas del día, que se completa también, como se ha indicado por el programa de ESCUELA DE SALUD del Gobierno de Aragón que ofrece fruta para el almuerzo, concienciando además a las familias de dichos alumnos hacia la ingesta de alimentos saludables y los valores energéticos que la comida realizada por su hijo lleva consigo, lo que supone además un condicionante para las siguientes comidas que los alumnos hacen a lo largo del día ya fuera del horario escolar;

Los cambios hacia esa mejora de la alimentación general de los alumnos se ha ido observando desde los cursos 2014-2015 y 2015-2016 en los que se implantó este proyecto de supervisión de menús escolares.

- Grado de implicación y participación de los grupos y población destinataria en el desarrollo del proyecto. También la participación de los participantes en la evaluación del proyecto. Tanto por parte del personal interno de cocina del comedor escolar, como por parte del equipo directivo, del resto de docentes, así como por parte de los monitores del servicio de comedor, y del personal sanitario del consultorio médico local, el grado de implicación es máximo, corroborado, como se ha expuesto, en la implantación de este proyecto desde hace varios cursos y mantenido en los siguientes cursos escolares que comienzan;

- Asimismo, por parte de la Comunidad Educativa, a través del Consejo Escolar del centro, entre los que se encuentran, además del personal docente, representantes de familias y del Ayuntamiento de Montalbán, se ha trasladado su satisfacción por contar con este servicio extraordinario, tanto en lo profesional como en lo cercano y fácil acceso que ofrece el consultorio médico local, y además las familias en general son conocedoras de primera mano, de toda la información que se contienen en los menús escolares al hacerles llegar los documentos elaborados cada mes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

IV.-Lecciones aprendidas.

- Recomendaciones para asegurar el afrontamiento de las dificultades y la flexibilidad del proyecto. Valoración de la viabilidad y factibilidad del proyecto. Tanto desde el personal sanitario local como desde la Comunidad Educativa del centro escolar de Montalbán, y del compromiso personal de todos los implicados en el proyecto, se mantiene la confianza inicial de que este tipo de proyectos no solo son necesarios, si no que se estima que son imprescindibles para fomentar y promocionar una vida saludable entre la población escolar de nuestra zona, así una completa educación sanitaria, particularmente en el medio rural, por las dificultades y limitaciones existentes para el acceso a este tipo de información.

- Medidas para facilitar la sostenibilidad de las actuaciones y su integración en la dinámica del centro. Posibilidades de extensión y replicabilidad de las iniciativas en otros centros. En cuanto a la sostenibilidad de las actuaciones y su integridad en la dinámica del centro cabe indicar que se trata de una actividad centrada en el CENTRO DE REFERENCIA COMARCAL DE MONTALBAN, cuyo área de influencia escolar afecta a varios municipios de la Comarca Cuencas Mineras, que además forman parte del área de influencia sanitaria del CENTRO DE SALUD DE UTRILLAS como son Montalbán, Vivel del Río, Fuenferrada, Villanueva del Rebollar, o La Hoz de la Vieja, entre otros. El éxito de este proyecto se sustenta, fundamentalmente, en el compromiso personal del personal sanitario del consultorio médico local, que además de su constancia en el desarrollo del proyecto han conseguido la complicidad del resto de personas y cargos necesarios para llevarlo a cabo, como son el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1171

1. TÍTULO

SUPERVISION Y DIETETICA DEL MENU DEL COMEDOR ESCOLAR Y CERTIFICACION DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL MENU MENSUAL-COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

personal de cocina, al que se le facilita su trabajo, y el personal del equipo directivo, convencido de la utilidad de este proyecto para completar la educación de los alumnos del centro

7. OBSERVACIONES.

V.-Otras observaciones y sugerencias de utilidad sobre la evaluación del proyecto.
Se ha constatado la gran aceptación de este tipo de proyectos en la población, y particularmente en las familias a las que afecta, es decir, aquellas de las que forma parte el alumnado usuario del servicio de COMEDOR ESCOLAR, cuyo éxito de implantación ya está garantizado, como lo demuestra la permanencia de este proyecto en varios cursos escolares ininterrumpidamente; asimismo, se puede tener en consideración la posibilidad de indicar consejos nutricionales a las familias de los alumnos para que sigan unas determinadas pautas en la alimentación de los alumnos cuando realizan las comidas fuera del centro escolar, por ejemplo, sugerencias alimentarias para ayudar a preparar de forma saludable los desayunos, las meriendas y las cenas.

Por otro lado, y dada la proyección que puede tener en la alimentación de los alumnos que NO SON USUARIOS del servicio del servicio de comedor, pudiera resultar útil facilitar la información nutricional de los menús escolares también a las familias de estos alumnos no usuarios, para que, de estimarlo oportuno, pudieran seguirlos en la alimentación de sus respectivos hogares.

VI.-Autovaloración del trabajo realizado.

- Principales conclusiones y recomendaciones para la realización de la evaluación y la redacción de la memoria del proyecto de atención comunitaria.
Se concluye que desde el inicio de este proyecto y la redacción de la presente memoria se ha constatado el alcance de los objetivos previstos, que ya estaban implantados prácticamente durante el desarrollo del mismo en los dos cursos anteriores (2014-2015 y 2015-2016), manteniéndose por tanto el éxito del proyecto y fortaleciéndose por la implicación de todas las personas indicadas como responsables y colaboradores, así como la positiva valoración que del mismo hace toda la COMUNIDAD EDUCATIVA del centro. .

- Nuevas necesidades identificadas de formación sobre la metodología de evaluación.

Durante las reuniones conjuntas entre el personal sanitario supervisor y el equipo directivo del centro escolar así como el personal interno de cocina se ha insistido en mantener este proyecto en el formato actual, si bien, dada la constancia de sus extraordinarios resultados, poder hacerlo extensivo a los ALUMNOS NO USUARIOS DEL SERVICIO DE COMEDOR, como se ha expuesto, para que puedan seguir pautas y recomendaciones nutricionales en sus domicilios, así como hacer extensiva la propuesta de sugerencias a los alumnos USUARIOS del mismo para que mantengan los criterios nutricionales indicados en los menús escolares también en el resto de comidas que hacen fuera del centro escolar.

Respecto de la evaluación del sistema, se ha considerado la posibilidad de hacer encuestas de valoración a todas las familias de los alumnos del centro escolar en el sentido indicado, tanto usuarios como no usuarios, para que valoren este tipo de proyectos, y sugieran medidas que puedan mejorarlo, en su caso.

En Montalbán, a 31 de diciembre de 2017

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1171 ===== ***

Nº de registro: 1171

Título
SUPERVISION HUMANA Y DIETETICA DEL MENU DEL COMEDOR ESCOLAR, Y CERTIFICACION DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL MENU MENSUALCOLEGIO COMARCA CUENCAS MINERAS DE MONTALBAN

Autores:
CORTES PEREZ FRANCISCO, MONZON GRACIA ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Nutricion y habitos saludables
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1171

1. TÍTULO

SUPERVISION Y DIETETICA DEL MENU DEL COMEDOR ESCOLAR Y CERTIFICACION DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL MENU MENSUAL-COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En cumplimiento de la guía de comedores escolares de Aragón, por acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, de 29/06/2005 sobre servicio de comidas en centros docentes, se recogen las recomendaciones para que se fomenten y promocionen hábitos saludables, en los comedores escolares, y particularmente en el apartado 6 pto 1, de dicha guía, siendo que el colegio de Montalbán, tiene personal propio de cocina, necesitaba la supervisión de los menús elaborados por un profesional con formación acreditada en nutrición humana y dietética.

RESULTADOS ESPERADOS

Se dirige a los escolares en la etapa de mayor crecimiento y desarrollo, desde los 3 años a los 14 años, Se persiguen dar cumplimiento a las recomendaciones sobre fomento y promoción de hábitos saludables, y la contribución a la prevención de algunos problemas de salud relacionados con la nutrición. Se ofrece la colaboración del personal sanitario destinado en el centro de salud- Consultorio Local para completar y supervisar la elaboración del menú escolar que se aplica y se entrega a las familias

MÉTODO

Previamente, al inicio del curso, se realiza una reunión conjunta entre el personal sanitario supervisor, el personal de cocina, y la dirección del centro para consensuar y establecer los criterios de elaboración del menú escolar.

El personal interno de cocina propone un menú, a la dirección del centro, que lo hace llegar al personal sanitario, del consultorio local via electrónica. para su supervisión y certificación conforme a los criterios dietéticos establecidos.

Una vez al mes, se realiza este proceso, durante el curso escolar.

INDICADORES

Fomentar y promocionar hábitos saludables en la alimentación del alumnado en relación a su nutrición. Favorecer la salud de los escolares en la etapa de mayor crecimiento y desarrollo tanto físico como intelectual. Contribuir a la Prevención de algunos problemas de salud relacionado con la nutrición (obesidad, dislipemia...). Disminuir el porcentaje de alumnado, con edades comprendidas entre los 3 y 14 años, de obesidad, a través del programa de revisión del niño sano

DURACIÓN

Durante todo el curso escolar :

Desde el mes de septiembre de 2016 hasta el mes de junio de 2017. ambos incluidos.

Se ha estado desarrollando este programa durante los cursos 2014-2015. y 2015-2016 con la misma sistemática.

OBSERVACIONES

Se duda en cómo concretar los datos relativos a los indicadores y objetivos de valoración de este 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 - 2016/1174

1. TÍTULO

TALLER SOBRE EL CORRECTO MANEJO DE LOS INHALADORES

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE LAIA HOMEDES CELMA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UTRILLAS
· Localidad UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ LOPEZ WENCESLAO
MAÑAS BERNAD ANA
MONTON ESCOLANO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Seleccionar los inhaladores que disponemos en el mercado para el tratamiento del ASMA/EPOC (disponemos de placebos para su utilización en los talleres)
- Dividir los talleres en 4 sesiones para que puedan asistir de los diferentes pueblos que pertenecen al CS Utrillas.
- Obtener los listados de los pacientes EPOC/ASMA de cada cupo pertenecientes al CS Utrillas
- Se realizaron carteles informativos con la actividad para informar a la población de la realización de estos talleres destinados a pacientes EPOC/ASMA
- Se entregó a cada uno de los asistentes una hoja con información gráfica de cada uno de los inhaladores que emplean a diario.
- También se entregó a los compañeros información gráfica de los diferentes inhaladores que disponemos para que lo puedan entregar a sus pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Observamos que los pacientes no manejan de forma correcta los inhaladores prescritos, viendo necesario el realizar talleres y/o revisar el manejo en las consultas de forma frecuente.

- Impacto del proyecto:
 1. observar y comprobar de primera mano el manejo de nuestros pacientes con los inhaladores
 2. Resolver dudas sobre la utilización de los dispositivos
- Indicador:
 1. Inhalador de placebo (ver como lo maneja y como se toma la medicación)
 2. Mejora en el diagnóstico de EPOC y ASMA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Conclusiones:
 1. Hemos comprobado la necesidad de revisar, conjuntamente con el paciente, el manejo de los inhaladores.
 2. La mayoría de pacientes no emplean bien los inhaladores prescritos.
 3. La mayoría de los pacientes desconocía que es necesario enjuagarse la boca después de cada uso del inhalador.
 4. La mayoría de los pacientes desconocía la necesidad de limpiar el inhalador y la cámara de forma periódica.
 5. Los pacientes desconocen los diferentes tipos de inhaladores.

Recomendaciones:

1. Consideramos necesario revisar el manejo de cada uno de los inhaladores en las consultas de forma periódica, siendo el paciente quien nos enseña como lo realiza.
2. Se recomienda realizar algún taller de inhaladores para nuestros pacientes.
3. Se recomienda entregar información escrita al paciente de cada uno de los inhaladores prescritos.
4. Si un paciente con tratamiento broncodilatador se descompensa de forma frecuente, pensar que una posibilidad es que no utilice bien el inhalador.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1174 ===== ***

Nº de registro: 1174

Título
TALLER SOBRE EL CORRECTO MANEJO DE INHALADORES

Autores:
HOMEDES CELMA LAIA, GOMEZ LOPEZ WENCESLAO, MAÑAS BERNAD ANA, MONTON ESCOLANO MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1174

1. TÍTULO

TALLER SOBRE EL CORRECTO MANEJO DE LOS INHALADORES

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Constatación diaria del mal manejo de los inhaladores en pacientes EPOC y ASMA

RESULTADOS ESPERADOS
La correcta utilización por parte del paciente de los inhaladores prescritos

MÉTODO
- Ofertar a la población un taller de formación en el manejo de los inhaladores.
- Taller constará entre dos y diez pacientes.
- Número de talleres dependerá de las necesidades para la total cobertura

INDICADORES
Evaluar el correcto manejo de los inhaladores en nuestros pacientes.

DURACIÓN
- Duración 1 hora por taller.
- Responsables: Wenceslao Gomez, Ana Mañas, M. Angeles Monton y Laia Homedes

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 - 2016/1181

1. TÍTULO

PROGRAMA DE RADIO SALUD. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE ANA ISABEL MONZON GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS UTRILLAS
· Localidad UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ GARCIA FERNANDO
IRISARRI IBAÑEZ CARLOS FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

SE HAN EMITIDO DURANTE ESTE AÑO 2017 UN TOTAL DE 15 PROGRAMAS (DURANTE LOS MESES DE ENERO A JUNIO Y DE OCTUBRE A DICIEMBRE), SOBRE LOS SIGUIENTES TEMAS.-

.-PROGRAMA N° 1/2017.-

Fecha:Miercoles, 18 de enero de 2017.-- 18:00-19:00.- Jueves, 19 de enero de 2017- 10:00-11:00
¿GRIPE O RESFRIADO?.-COMO DISTINGUIRLOS.-LA EPIDEMIA DE GRIPE EN ARAGÓN

.-PROGRAMA N°2/2017.-

Fecha:Miercoles, 1 de febrero de 2017.-- 18:00-19:00.-Jueves, 2 de febrero de 2017- 10:00-11:00
"LA HIGIENE BUCODENTAL Y LA SALUDA..IMPORTANCIA DE SU CUIDADO, CONSEJOS PREVENTIVOS, TRATAMIENTOS, PATOLOGÍAS..OTROS ASPECTOS.-"LOS ANTIINFLAMATORIOS

.-PROGRAMA N°3/2017.-

Fecha:Miercoles, 15 de febrero de 2017.-- 18:00-19:00.-Jueves, 16 de febrero de 2017- 10:00-11:00
USO Y ABUSO. HÁBITOS Y COSTUMBRES.- CONSEJOS DE EDUCACIÓN SANITARIA PARA EVITAR LOS EFECTOS DE SU MAL USO.-OTROS ASPECTOS

.-PROGRAMA N°4/2017.-

Fecha:Miercoles, 1 de marzo de 2017.-- 18:00-19:00. Jueves, 2 de marzo de 2017- 10:00-11:00
"EL CÁNCER DE COLÓN...PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO PRECOZ.- LA ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON ESTA PATOLOGÍA

.-PROGRAMA N°5/2017.-:

Fecha:Miercoles, 15 de marzo de 2017.-- 18:00-19:00.- Jueves, 16 de marzo de 2017- 10:00-11:00
"LAS INTOLERANCIAS Y ALERGIAS ALIMENTARIAS.DIFERENCIAS, CONSEJOS, TRATAMIENTOS, ETC..."-.

.-PROGRAMA N°6/2017.-

Fecha:Miercoles, 29 de marzo de 2017.-- 18:00-19:00.- Jueves, 30 de marzo de 2017- 10:00-11:00
"PATOLOGÍAS DEL CORAZÓN: ARRITMIAS, ANGINAS DE PECHO E INFARTOS" .- DIFERENCIAS, SÍNTOMAS, ATENCIÓN, PREVENCIÓN, TRATAMIENTOS

.-PROGRAMA N°7/2017.-:

Fecha: Miercoles, 12 de abril de 2017.-- 18:00-19:00. Jueves, 13 de abril de 2017- 10:00-11:00
LA NUEVA PIRÁMIDE ALIMENTARIA O NUTRICIONAL.- NOVEDADES" .- LA IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN; ALGUNAS CUESTIONES SOBRE ADICIVOS PERJUDICIALES

.-PROGRAMA N°8/2017.-

Fecha:Miercoles, 26 de abril de 2017.-- 18:00-19:00.-Jueves, 27 de abril de 2017- 10:00-11:00
LAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS EN GENERAL.-"LA FIBROMIALGIA.LA ENFERMEDAD SILENCIOSA. PREVENCIÓN,SÍNTOMAS, TRATAMIENTO,

.-PROGRAMA N°9/2017.-

Fecha:Miercoles, 24 de mayo de 2017.-- 18:00-19:00.- Jueves, 25 de mayo de 2017- 10:00-11:00
LA NUTRICIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA, RELACIÓN, CONSEJOS, HÁBITOS, ETC..

.-PROGRAMA N°10/2017.-

Fecha: Miercoles, 7 de junio de 2017.-- 18:00-19:00.-Jueves, 8 de junio de 2017- 10:00-11:00
LA PROTECCIÓN SOLAR.HÁBITOS SALUDABLES.- CONSEJOS DE USO Y PREVENCIÓN, PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON LA PIEL Y LA EXPOSICIÓN SOLAR, SÍNTOMAS, TRATAMIENTOS, ETC...

.-PROGRAMA N°11/2017.-

Fecha: Miercoles, 21 de junio de 2017.-- 18:00-19:00.-Jueves, 22 de junio de 2017- 10:00-11:00
BUENOS HÁBITOS PARA AFRONTAR EL VERANO.-PRECAUCIÓN CON EL AGUA Y EL SOL, PAUTAS PARA EL ESTUDIO Y LAS VACUNAS NECESARIAS PARA VIAJES INTERNACIONALES PARA LOS NIÑOS EL VERANO Y LOS MOSQUITOS.-PREVENCIÓN, CONSEJOS DE USO Y PREVENCIÓN, PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON LAS PICADURAS .-VIAJES A OTROS PAÍSES, CONSEJOS PARA EVITAR PROBLEMAS..-

.-PROGRAMA N°12/2017.-

Fecha: Miercoles, 25 octubre de 2017.-- 18:00-19:00.- Jueves,26 octubre de 2017- 10:00-11:00
.-LA ALIMENTACION SALUDABLE Y LA OBESIDAD EN LOS NIÑOS.- PROYECTOS SOBRE SALUD EN LAS ESCUELAS: LOS DESAYUNOS SALUDABLES.-LOS HUERTOS ESCOLARES

PROGRAMA N°13/2017.-

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1181

1. TÍTULO

PROGRAMA DE RADIO SALUD. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN

Fecha: Miércoles, 8 de noviembre de 2017.-- 18:00-19:00. Jueves, 9 de noviembre de 2017- 10:00-11:00
.-LA GRIPE, DIFERENCIAS CON EL RESFRIADO Y OTROS SÍNTOMAS DEL OTOÑO-INVIERNO
LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN, GRUPOS DE RIESGO, RECOMENDACIONES

.-PROGRAMA N°14/2017.-

Fecha: Miércoles, 22 de noviembre de 2017.-- 18:00-19:00. Jueves, 23 de de 2017- 10:00-11:00
.-LA CARDIOPROTECCION.EL INFARTO DE MIOCARDIO.- DIFERENCIAS CON OTRAS PATOLOGÍAS DEL CORAZÓN.-.-LAS MEDIDAS DE CARDIOPROTECCIÓN .- LOS DESFIBRILADORES SEMIAUTOMÁTICOS DE USO PÚBLICO Y LA FORMACIÓN.- INSTALACIÓN Y FORMACIÓN EN MONTALBÁN.-

.-PROGRAMA N°15/2017.-

Fecha: Miércoles, 20 de diciembre de 2017.-- 18:00-19:00.-Jueves, 21 de diciembre de 2017- 10:00-11:00
.-LA NAVIDAD Y LA SALUD.-.-CONSEJOS DE SALUD.-.-LA ALIMENTACIÓN.-.-EL ALCOHOL.-.-EL ESTRÉS Y LAS RELACIONES FAMILIARES

- En cuanto a las actividades de organización : Como se ha expuesto, se han realizado reuniones en la semana previa a cada programa entre los componentes del equipo, para seleccionar cada uno de los temas a tratar y distribuir los contenidos; posteriormente cada componente realiza su tarea individualmente para buscar información relacionada con el tema elegido,

- (de comunicación (difusión a profesionales del centro, otros centros y a los grupos y población destinataria, etc.): La semana previa a cada programa se emiten cuñas de voz a través de la emisora local anunciando la emisión del programa de RADIO SALUD, y asimismo, al finalizar el programa correspondiente se anuncia el contenido del próximo programa en las ocasiones en que el tema o temas a tratar ya ha sido seleccionado. Asimismo, se ofrece dicha información a través de la oficina de farmacia y del consultorio médico local directamente a los usuarios de dichos servicios.

- de evaluación (metodología para obtener la información y su valoración).La información que va a servir para el contenido del programa tanto a través de páginas webs, principalmente aquéllas páginas que ofrecen información pública e institucional, como por ejemplo OMS, Ministerio de Sanidad, Departamento de Salud del Gobierno de Aragón, así como guías prácticas e información pública que llega a los consultorios médicos locales a través de organismos oficiales, y a oficinas de farmacia. El acceso a la información necesaria es ágil por cuanto se cuenta con suficientes medios técnicos para ello.

- Especificar los materiales elaborados y utilizados (guías y materiales para profesionales, recursos para pacientes y población destinataria, etc.). Se confecciona un guión de cada tema a tratar, en el que se incluyen los documentos a utilizar, así como, en su caso, los enlaces a la información a través de internet, de cuya confección se encarga el responsable de la asociación cultural "radio montalbán" para así poder componer el programa y emitirlo desde la sede de la emisora local, donde existen aparatos tecnológicos para una correcta emisión y colocación en la página web a través de los programas informáticos instalados por el Ayuntamiento de Montalbán en dicha emisora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

III.-Objetivos y resultados alcanzados.

- Valoración del grado de consecución de los objetivos específicos del proyecto. Se ha constatado a través de los usuarios de la oficina de farmacia, así como del consultorio médico local de Montalbán, y de las encuestas telefónicas realizadas por la Asociación Cultural de Montalbán, la excelente acogida que la población de la localidad ha manifestado respecto de estos programas de Radio Salud, indicando la fácil comprensión del lenguaje que se utiliza por los colaboradores del programa, así como por la forma en que se tratan los temas de los contenidos de los programas;

- Coherencia de lo realizado con el objetivo general del proyecto. El objetivo general del proyecto es hacer llegar la información y educación pública sanitarias a cuanta mayor población mejor, a través de un medio de comunicación rápido y cómodo como es la radio, teniendo en cuenta además las numerosas opciones que se ofrecen a la población para escuchar los programas, no solo a través de su propio aparato de radio, sino que los comercios y establecimientos públicos de la localidad emiten los programas de la radio local en sus horarios comerciales, y además se puede acceder a ellos a través de la página web de la asociación en cualquier momento y desde cualquier lugar.

- Descripción de los principales resultados alcanzados e impacto del proyecto. Los principales resultados que se obtenido se han mostrado a través del conocimiento personal de los radio oyentes cuanto han acudido a la consulta médica o a la oficina de farmacia indicando que algunas cuestiones ya las había escuchado por la radio en el programa de salud; por ejemplo, se había enterado del inicio de la campaña de vacunación, o había conocido la instalación de aparatos desfibriladores en la localidad.

Indicadores cuantitativos y cualitativos seleccionados y su relación con los objetivos. Por lo tanto, el grado de sensibilización y las expectativas generadas con estos programas comunitarios a través de la emisora de radio local y su página web han aumentado progresivamente a lo largo de la temporada, mejorando los resultados de este proyecto, al ser conocido por un mayor número de vecinos de la localidad; asimismo, la propia Asociación Cultural ha constatado la emisión de comentarios "on line" a través de su página web.

La cuantificación de la audiencia de estos programas de Radio Salud se ha determinado, como se ha expuesto, a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1181

1. TÍTULO

PROGRAMA DE RADIO SALUD. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN

través de la comunicación personal del propio interesado al utilizar los servicios públicos de salud y de farmacia de la localidad, así como directamente a la propia Asociación Cultural a través de medios telefónicos y telemáticos.

Comparación de los cambios entre la situación previa (antes del desarrollo del proyecto) y final (en el momento de hacer la memoria).

La cualificación de la información sanitaria que han recibido los vecinos de Montalbán durante este año 2017 a través de los programas de Radio Salud ha aumentado considerablemente respecto de la situación existente antes de la emisión de dichos programas, por cuanto al tratarse de una información sanitaria general se ha podido ofrecer un amplio abanico de cuestiones relacionadas con temas cotidianos de la salud de todas las etapas de una persona. Esta información era difícil de ofrecer antes de la emisión de estos programas de radio ya que la información que se ofrecía al interesado se centraba en el aspecto personal cuando éste acudía a la consulta médica ante cualquier problema;

Particularmente cabe destacar el aumento de información relacionado con el aspecto de la prevención y consejos de cuidados para mantener una vida saludable.

- Grado de implicación y participación de los grupos y población destinataria en el desarrollo del proyecto. También la participación de los participantes en la evaluación del proyecto. Tanto por parte de los radioyentes, como aquellas personas que visitan la página web de la asociación se ha mostrado un alto grado de implicación y participación a través de conversaciones personales, de mensajes telefónicos y de comentarios en la página web de la Asociación, destacando asimismo la gran complicidad existente entre los componentes del equipo del programa, y la excelente relación con la Asociación Cultural "Radio Montalbán", que ha mostrado su satisfacción con la emisión de los programas y su compromiso para mantener este tipo de oferta en su programación anual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

IV.-Lecciones aprendidas.

- Recomendaciones para asegurar el afrontamiento de las dificultades y la flexibilidad del proyecto. Valoración de la viabilidad y factibilidad del proyecto. Tanto desde la Asociación Cultural "Radio Montalbán" como desde el compromiso personal de los componentes del equipo del programa se mantiene la confianza inicial de que este tipo de proyectos no solo son necesarios, si no que se estima que son imprescindibles para una completa educación sanitaria, particularmente en el medio rural, por las dificultades y limitaciones existentes para el acceso a este tipo de información.

- Medidas para facilitar la sostenibilidad de las actuaciones y su integración en la dinámica del centro. Posibilidades de extensión y replicabilidad de las iniciativas en otros centros. En cuanto a la emisión del programa a través de la radio se encuentra limitado su radio de acción a la propia localidad, no obstante no hay limitación para su difusión a través de la página web de la Asociación Cultural Radio Montalbán, siendo comentado este aspecto en las reuniones del equipo del CS de Utrillas a través de sus coordinadores y responsable de calidad, así como su explicación en otros ámbitos como reuniones y talleres relacionados con los proyectos comunitarios y gestión de calidad de los centros sanitarios, siendo extraordinaria su acogida y valoración por parte de todos ellos.

V.-Autovaloración del trabajo realizado.

- Principales conclusiones y recomendaciones para la realización de la evaluación y la redacción de la memoria del proyecto de atención comunitaria. Se concluye que desde el inicio de este proyecto y la redacción de la presente memoria se ha constatado el alcance de los objetivos previstos, particularmente el del acceso de interesante y útil información sobre salud a todas las capas de la sociedad, no solo residente en la localidad, sino también a través del enorme potencial difusor que supone el acceso a sus contenidos a través de internet.

- Nuevas necesidades identificadas de formación sobre la metodología de evaluación.

En contacto permanente con la Asociación Cultural "Radio Montalbán" se ha indicado la posibilidad de hacer cuestionarios entre toda la población de la localidad, así como a través de un blog creado en la página web de la asociación para recabar valoración y propuestas de contenidos que interesen a la población, así como para determinar más concretamente los índices de audiencia de estos programas, además del resto de la programación de la emisora, y asimismo se ha propuesto la posibilidad de lanzar los contenidos del programa de Radio Salud a través de las redes sociales para una mayor difusión.

Asimismo, se pretende mantener el formato del proyecto dado el gran éxito alcanzado, y asimismo intentar ser presentado en otros foros de mayor difusión aprovechando la concurrencia a talleres y reuniones técnicas de los propios proyectos comunitarios y de la gestión de calidad de los centros sanitarios.

En Montalbán, a 31 de diciembre de 2017

ANEXOS:

ENLACE A LA PÁGINA WEB DE LA ASOCIACIÓN CULTURAL "RADIO MONTALBÁN"
<http://www.radiomontalban.com/parrilla.html>
RADIO MONTALBÁN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1181

1. TÍTULO

PROGRAMA DE RADIO SALUD. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN

tu radio, más cerca.

- PARRILLA 2017/18
Miércoles alternos de 6 a 7

RADIO SALUD

Programa de Radio Montalbán dedicado a la salud. Anabel Monzón y Fernando Martínez intentan que los temas de salud no se hagan aburridos, sin necesidad de frivolar. Pensamos que se puede mantener un buen nivel de información y a la vez resultar amenos, escúchanos los miércoles alternos para comprobar si lo hemos conseguido.

Escucha la última edición: RADIO SALUD

<http://www.radiomontalban.com/x4.html>

O descárgalo en tu móvil

7. OBSERVACIONES.

VI.-Otras observaciones y sugerencias de utilidad sobre la evaluación del proyecto.

Se ha constatado la gran aceptación de este tipo de proyectos en la población, y particularmente en la población rural, por su facilidad de acceso y alto interés en su contenido, así como por la fácil comprensión de la información ofrecida y del conocimiento personal de las personas encargadas del proyecto, lo que permite que los contenidos lleguen con mayor facilidad a la población a la que van destinados especialmente dentro de la propia población de Montalbán.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1181 ===== ***

Nº de registro: 1181

Título

PROGRAMA DE RADIO SALUD. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN

Autores:

MONZON GRACIA ANA ISABEL, MARTINEZ GARCIA FERNANDO, IRISARRI IBAÑEZ CARLOS FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Todas las incluidas y las demandadas por la población

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Educación de Salud para la comunidad a través de un medio de comunicación directo como la radio.

Importancia de ofrecer información práctica sobre cuestiones relacionadas con la salud, tanto desde el punto de vista de la Atención Primaria como del ámbito farmacéutico.

Se mejor así la información facilitada a la población utilizando un lenguaje claro y sencillo.

RESULTADOS ESPERADOS

Ofrecer información útil para la población relativa a cuestiones básicas de salud, tratando aspectos como guías prácticas de prevención y cuidados, así como de tratamientos médicos y farmacológicos.

MÉTODO

Seleccionar el tema a tratar en el programa, con el equipo formado por un representante de la emisora de Radio Montalbán, un farmacéutico de la zona y la enfermera de la consulta médica de Montalbán.

Confección de un guión y seleccionar la información a ofrecer en el programa.

Grabación del programa y emisión a través de la emisora local a través de la Radio (107.5 FM), así como de la página web "radiomontalban.com"

INDICADORES

Se intenta que los indicadores sobre información a la comunidad alcance a la mayor población posible, a través de este medio de comunicación, se alcanza a un amplio volumen de población, ofreciendo información básica sobre educación para la salud, incluyendo prevención y promoción de la misma.

Se acerca el modo de información sobre salud a toda la población, particularmente a aquellas personas que no

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1181

1. TÍTULO

PROGRAMA DE RADIO SALUD. ASOCIACION CULTURAL RADIO MONTALBAN

suelen acudir personalmente a la consulta, manteniendoles informadas, incluso sobre actividades que se ofrecen como campañas de vacunación, cribado ccr, detección del tabaquismo, obesidad, riesgo cardiovascular, etc..

DURACIÓN

Programa quincenal, emitido los miércoles de 18:00 a 19:00 y los jueves de 10:00 a 11:00 horas.-
Se inicia la programación en el mes de octubre de 2016 y se finaliza en el mes de junio de 2017.
Se ha realizado esta actividad desde hace dos años, durante la temporada anterior 2015-2016

OBSERVACIONES

Se duda en como concretar los datos relativos a los indicadores y objetivos de valoración de este proyecto en relación al Contrato de Gestión

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 - 2016/1186

1. TÍTULO

CONTROL DEL GASTO DE TIRAS REACTIVAS DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTES (DMNID)

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES LAZARO BELLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS UTRILLAS
· Localidad UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SIMHAMMED ZEIN DAHA
CALVO ABANTO ANA
NAVARRO ANGELA
GOMEZ RAMO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Educación sanitaria individual y continua en las consultas de enfermería y reuniones periódicas del personal de enfermería para ver el desarrollo del proyecto e intercambiar opiniones (última reunión de fecha 18/09/2017)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

OBJETIVO: Disminuir el gasto de tiras reactivas, solo siendo necesario el consumo de tiras en pacientes no insulino-dependientes que el endocrino o médico correspondiente lo considere necesario por su estado de salud

RECURSOS UTILIZADOS: Hoja de control de consumo mensual de tiras, donde figura el nombre y apellidos del paciente, diagnóstico, tipo de tiras y número de Seguridad Social para comparación anual del consumo de tiras.

RESULTADOS ALCANZADOS: Ligera disminución del consumo de tiras en alguno de los cupos del centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIÓN:

Nos está siendo algo complicado llevar a cabo este proyecto debido a dos factores, principalmente.-
Primero.-El gran número de pacientes a los que se les dio GLUCOMETER, que se les debe retirar y explicar que las determinaciones de glucosa se las deben realizar en consulta de ENFERMERÍA y no en su domicilio.
Segundo.-La presencia de la Residencia de Martín del Río donde hay un alto número de pacientes con DM

RECOMENDACIONES:

Desde el punto de vista de los componentes del proyecto para un mejor control del gasto y uso con la consecuente disminución del consumo de tiras consideramos que debería ser incluido en la receta electrónica o similar para evitar ser dado a demanda del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1186 ===== ***

Nº de registro: 1186

Título
CONTROL DEL GASTO DE LAS TIRAS REACTIVAS DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTES (DMNID)

Autores:
LAZARO BELLA MERCEDES, NAVARRO ALBA ANGELA, CALVO ABANTO ANA, ZEIN CHEJ SIDAHMED

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1186

1. TÍTULO

CONTROL DEL GASTO DE TIRAS REACTIVAS DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTES (DMNID)

PROBLEMA

Se ha detectado la posesión y con ello el gasto de tiras reactivas innecesario en pacientes DMNID bien controlados con antidiabéticos orales (ADO) y que acuden a controles periódicos de enfermería.

Mucho de ellos fueron dados en la primera consulta de endocrino cuando se les diagnosticó su diabetes y continuando con el mismo gasto de tiras una vez controlada su enfermedad con su tratamiento ADO.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminución del consumo de tiras reactivas en pacientes tratados con ADO y que tiene un buen control de su diabetes.

MÉTODO

Educación sanitaria individual en consulta de enfermería a pacientes que el equipo médico no considere necesario mayores controles de los que se realiza en consulta.

Educación sanitaria si el paciente acude solicitando tiras en horario de atención continuada.

INDICADORES

Registrar el número de tiras tanto en OMI como en hoja registro de farmacia, para llevar un mayor control de su uso.

Gasto del número de tiras por parte del equipo médico de Utrillas en el año 2017.

DURACIÓN

Educación a los pacientes durante el año 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 - 2016/1212

1. TÍTULO

LA SALUD A TRAVES DE LA HIGIENE PERSONAL

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE AMPARO VALENZUELA FOVED

· Profesión MEDICO/A
· Centro CS UTRILLAS
· Localidad UTRILLAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MINGUILLON SANZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan reuniones con equipo directivo de colegios de Utrillas y Montalbán en el 1º trimestre.

Nos reunimos los integrantes del equipo una vez al mes para preparación y puesta en común de actividades a realizar.

Se envía carta informativa a los padres sobre actividades a realizar.

Preparación de reuniones con profesores.

Preparación de talleres para realizar por grupos de edad y niveles: edades comprendidas desde los niños de 3 años infantil, primaria y secundaria hasta 2º de ESO.

Preparación de taller para padres.

Confeccionar un power-point sobre lavado de manos, lavado de dientes, pediculosis y parasitos intestinales

Preparar actividades prácticas sobre lavado de manos para realizar con los niños y con los padres.

Los profesores realizarán también actividades en el aula con fichas de motivación de lavado de dientes.

También los profesores realizan tras el taller ejercicios de lavados de manos en los baños del colegio.

Los padres realizarán actividades prácticas con sus hijos como poner en práctica lo aprendido en los talleres sobre lavado de manos, lavado de dientes y una vez a la semana observación directa del pelo para prevención de pediculosis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La implicación de los profesores es muy buena,

Los profesores colaboran y nos facilitan aulas para la realización de los talleres y se implican en poner en práctica lo expuesto.

La implicación de los padres es aceptable aunque acuden pocos padres a los talleres, se les facilita a todos unas fichas e información para poner en práctica lo expuesto en las aulas.

INDICADORES

Favorecer la salud de los niños en edad escolar

Adquirir hábitos saludables.

Contribuir a la prevención de parasitaciones y enfermedades transmitidas por falta de higiene.

Disminuir o evitar la aparición de caries.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se aprecia interés en la población sobre la higiene personal.

Los niños colaboran mucho y realizan los talleres con interés y entusiasmo, lo pondrán en práctica también en domicilio.

Los padres se involucran en aprender y están dispuestos a continuar con la adquisición de hábitos de higiene en los hijos.

Los profesores se manifiestan dispuestos a trabajar la higiene en los contenidos del currículo escolar.

Realizamos encuestas de satisfacción a los niños de secundaria y padres de infantil y primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1212 ===== ***

Nº de registro: 1212

Título
LA SALUD A TRAVES DE LA HIGIENE PERSONAL

Autores:
VALENZUELA FOVED AMPARO, MINGUILLON SANZ ISABEL, MONZON GRACIA ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1212

1. TÍTULO

LA SALUD A TRAVES DE LA HIGIENE PERSONAL

Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Necesidad de crear hábitos de higiene buco-dental.
Prevención de parasitosis.
Correcta higiene de manos.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar cuidados higiénicos
Crear hábitos saludables.
Prevenir enfermedades.

MÉTODO
Charlas en colegios con padres y niños.
Repartir tripticos e información a la población.

INDICADORES
Protocolos de actuación y educación en consulta médica y de enfermería.

DURACIÓN
Inicio 27-4-2017 y fin el 24-12-2017

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 - 2016/1203

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOCEN EL CENTRO DE SALUD DE VILLEL, DEL SECTOR DE TERUEL

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE PURIFICACION LEON MIGUEL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VILLEL
· Localidad VILLEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATAMALA GIMENO CARLOS
BESER PUIG EUGENIO
SEGURA LARA ANA MARIA
GARCIA GARCIA PILAR
DOMINGO MAICAS MIGUEL
FLORES FLORES JOSE
MIGUEL POSA JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Horarios de grupos:

18 abril, 4 julio y 3 de octubre :

9 mayo, 4 julio y 3 de octubre.

28 abril, 3 julio y 6 de octubre:

Progresivo sin sobrecargar la información. Nos discernimos a lo que se considera vital e importante para aprender y lo que no es tanto, para que el paciente interiorice las ideas clave que pretenden enseñarse.

Consenso individualizado con cada paciente que se incluye en el programa. Informamos al paciente, dentro del grupo, sobre las características de su enfermedad y el uso de su dispositivo.

Información del uso de la vía inhalatoria, la idea es clave porque, al ir directamente a pulmón se requiere menor dosis y produce menos efectos indeseables.

Información de como funciona su inhalador, mantenimiento y limpieza.

Seguir horarios.

En caso de utilizar los inhaladores con mucha frecuencia, se debe solicitar ayuda, ya que puede existir un empeoramiento de su estado.

Actuación ante crisis agudas: que inhalador se utiliza en primer lugar, cuando se llama a urgencias.

Seguir tratamiento no farmacológico: hábitos de vida saludable, no tabaco, ejercicio leve o moderado, vacunación antigripal, vacunación antineumococica para mayores de 60 años .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los pacientes aprenden a:

Abrir dispositivo.

Exhalación.

Colocación en la boca.

Coordinación inhalación - respiración.

Limpieza del boca.

Limpieza de dispositivo.

Conocer que su enfermedad es crónica que necesita tratamiento a largo plazo, aunque no tenga molestias.

Seguir tratamiento prescrito.

Reconocer los síntomas de su enfermedad.

Identificar los factores desencadenantes y saber evitarlos.

Reconocer los síntomas y los signos de reagudizaciones/exacerbación de la enfermedad: disnea, expectoración purulenta.

Participación activa en el control y tratamiento de su enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante el periodo que duraron los talleres, no hubo reagudizaciones, no efectos secundarios.

Los talleres se realizaron en el tiempo previsto con buena disposición de los pacientes. Cada uno trajo su propio dispositivo y se les enseñó de forma individual a utilizarlos.

Aprovechamos cada consulta médica / enfermería para repasar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1203 ===== ***

Nº de registro: 1203

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1203

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE VILLEL, DEL SECTOR DE TERUEL

EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE VILLEL, DEL SECTOR DE TERUEL

Autores:

LEON MIGUEL PURIFICACION, MATAMALA GIMENO CARLOS, BESER PUIG EUGENIO, GARCIA GARCIA MARIA PILAR, SEGURA LARA ANA MARIA, DOMINGO MAICAS MIGUEL, FLORES FLORES JOSE, MIGUEL POSA JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLEL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se han detectado por parte de todos EAP necesidades de formación a los pacientes en el uso de inhaladores puesto que o no se utilizan de manera correcta porque la situación basal del paciente no lo permite o porque no se conoce o no se ha depurado la técnica como seguimiento de los mismos pacientes. Por otro lado La situación de partida en el diagnóstico de EPOC en el Sector de Teruel es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se han aunado esfuerzos para desarrollar una serie de proyectos con los objetivos comunes de mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores, con un aumento de la realización de espirometrías, y mejorar el tratamiento en este perfil de pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el uso de inhaladores por parte de los pacientes con diagnóstico de Asma EPOC en los pacientes del Centro de Salud de Villel.
Disminuir el número de exacerbaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.
Disminuir la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis

MÉTODO

Realización de talleres de educación grupal compuestos por 2 a 10 pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado(convencional o activado por la inhalación)o de polvo seco (unidosis o multidosis) .
Cartucho presurizado: Autohaler o presurizado (Ventolín)
Polvo seco: Accuhaler, Turbuhaler, Novolizer, Twisthaler

En ellos, además de especificar concretamente el procedimiento de dispensación del medicamento, se propondrán las medidas necesarias de limpieza del dispositivo además de las necesidades del propio paciente después del mismo tratamiento.

Para la realización de estos talleres se dispondrá de los inhaladores propios de los pacientes y de una cámara espaciadora para exponer la inhalación con este tipo de material.

INDICADORES

Los indicadores que se van a evaluar son los siguientes:

- % Pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>80%) según e-receta
- % pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>50%)
- % paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>50%)
- % pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>50%)

La evaluación de los indicadores se realizará mediante revisión de la Historia Clínica en OMI- AP, para la valoración del número de agudizaciones y episodios de candidiasis; y de Historia Clínica Electrónica de todos los pacientes incluidos en el programa por parte de MAP y Enfermería.

DURACIÓN

Este tipo de talleres se realizará con frecuencia trimestral (3 en 2017), se llevará a cabo por personal de enfermería. En sesiones de una hora aproximadamente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1203

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN USO INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOCEN EL CENTRO DE SALUD DE VILLEL, DEL SECTOR DE TERUEL

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 - 2016/1207

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA I. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS PARCHES DE LIDOCAINA 5

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL DOMINGO MAICAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VILLEL
· Localidad VILLEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MATAMALA GIMENO CARLOS
FLORES FLORES JOSE
MIGUEL POSA JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de PL5%. Se realizarán 4 cortes transversales durante 2017: 01/01/2017, 01/04/2017, 01/07/2017 y 01/10/2017. El FAP facilitará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de PL5% (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda revisar la adecuación de la prescripción para cada paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Seguimiento de los pacientes en tratamiento con PL5% del Sector Teruel. Se han hecho 4 cortes transversales durante 2017 (Enero, Abril, Julio, Octubre).
Con el resultado que no hemos disminuido el número de tratamientos sino que lo mantenemos igual, con tres tratamientos no indicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es muy difícil explicarle al paciente que un medicamento que le ha recetado el ESPECIALISTA, y sobre todo en la "unidad del dolor" no está indicado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1207 ===== ***

Nº de registro: 1207

Título
MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA I. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS PARCHES AL 5 POR CIENTO DE LIDOCAINA

Autores:
DOMINGO MAICAS MIGUEL, MATAMALA GIMENO CARLOS, FLORES FLORES JOSE, MIGUEL POSA JORGE, PEREZ DIEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLEL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Problema u oportunidad de mejora seleccionada.

Los parches de lidocaína al 5% (PL5%) están indicados según ficha técnica (FT) para el alivio sintomático del dolor neuropático asociado a infección por herpes zoster (neuralgia postherpética, (NPH)). A pesar de la bajísima incidencia de NPH (1-3 por 1.000 en adultos mayores de 75 años), PL5% fue el medicamento que supuso el mayor gasto farmacéutico para el Sector Teruel en 2016 (431.291,94€)1.

Los PL5% se están utilizando ampliamente como fuera de indicación. En el Sector Teruel, de los 77 pacientes que tienen prescripciones activas de PL5% en receta electrónica (fecha de corte 01/01/2017)2 sólo se cumplía la indicación autorizada en FT en 1 paciente (1,3%).

La indicación de medicamentos para usos no autorizados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1207

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA I. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE LOS PARCHES DE LIDOCAÍNA 5

Sanitarios (AEMPS) se contempla en el RD 1015/2009, de 19 de junio de 2009, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales. El acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en España tendrá carácter excepcional y se limitará a cuando no hay alternativas terapéuticas autorizadas; se debe informar al paciente y se debe escribir la justificación en la historia clínica del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal de este proyecto es revisar la adecuación de la prescripción de los PL5% en los pacientes del Sector Teruel. Los PL5% se están prescribiendo para condiciones clínicas diferentes a las autorizadas en FT sin que haya datos suficientes para garantizar su eficacia y seguridad: neuralgias de cualquier origen, dolores traumatológicos de cualquier causa y con relativa frecuencia en asociación a opiáceos mayores.

Objetivo Farmacia I: Revisión de la prescripción de medicamentos fuera de ficha técnica.

No prescribir parches de lidocaína 5% para indicaciones no incluidas en ficha técnica cuando existen otras alternativas terapéuticas autorizadas.

MÉTODO

1. Realización de un estudio transversal (fecha de corte 01/01/2017) para analizar la prescripción de los PL5% en el Sector Teruel.

Responsable: FAP Sector Teruel.

2. Difusión de los resultados del estudio de utilización de los PL5%; de los requisitos para el acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en España (Capítulo III, Artículo 13 del RD 1015/2009, de 19 de junio de 2009); y del documento para la prevención de sanciones por prescripción farmacéutica de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria. Se enviará dicha información a los coordinadores médicos de los Equipos de Atención Primaria (EAP) para que la distribuyan entre el resto de profesionales médicos del EAP.

Responsable: FAP Sector Teruel.

3. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de PL5%. Se realizarán 4 cortes transversales durante 2017: 01/01/2017, 01/04/2017, 01/07/2017 y 01/10/2017. El FAP facilitará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de PL5% (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda revisar la adecuación de la prescripción para cada paciente. Responsable: MAP del C. de Salud de Villel y FAP Sector Teruel.

1. En su caso dejar de recetar PL5% si no está indicado o proponer al Médico que lo prescribió que lo recete él. Responsable: MAP del C. de Salud de Villel.

INDICADORES

Seguimiento de los pacientes en tratamiento con PL5% del Sector Teruel. Se harán 4 cortes transversales durante 2017 (Enero, Abril, Julio, Octubre).

Objetivo: 100% de pacientes.

Evaluación de la adecuación de la prescripción de los PL5%.

Objetivo: disminución del número de prescripciones activas de PL5% para indicaciones fuera de FT (75%).

DURACIÓN

Se harán 4 cortes transversales durante 2017 (Enero, Abril, Julio, Octubre).

Duración un año.

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 - 2016/1192

1. TÍTULO

REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE SANTIAGO VALDEARCOS ENGUIDANOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP TERUEL
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de talleres de formación en espirometrías en los centros de salud del sector dirigidas a todos los profesionales sanitarios de los centros de salud, a través de actividades acreditadas.

El contenido de cada taller fue:

- 30 minutos. - Fundamentos de las espirometrías y manejo de los espirómetros
- 30 minutos. - Conceptos teóricos de la realización de las espirometrías
- 1 hora. - Realización práctica de la espirometría. Criterios de aceptación de las pruebas. Ejercicios de espirometrías con voluntarios
- 45 minutos. - Casos clínicos de espirometrías y pacientes
- 15 minutos. - Registro de espirometrías en OMI AP

Los talleres se realizaron en todos los EAPs desde el día 8 hasta el 31 Mayo del 2017

Fue solicitada y concedida la acreditación oficial por la Comisión Oficial de Acreditación de las Profesiones Sanitarias de 0,6 créditos.

Al mismo tiempo se revisaron todos los espirómetros de los centros de salud, procediéndose a solicitar la sustitución de aquellos que estaban obsoletos o averiados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% Espirómetros revisados y calibrados en el Sector: 100%

% Centros de Salud con taller de formación en realización de espirometrías e interpretación de las mismas: 100%
El total de profesionales que recibieron la formación fueron 96 médicos y 73 enfermeras

% Fumadores detectados (pacientes a los que se ha registrado que fuman), con intervención sobre tabaquismo y espirometría realizada: 3,5%

% Fumadores diagnosticados (pacientes a los que se les ha abierto el episodio CIAP P17 de Tabaquismo), con intervención sobre tabaquismo y espirometría realizada: 3,5%

% Fumadores diagnosticados (pacientes a los que se les ha abierto el episodio CIAP P17 de Tabaquismo), con intervención sobre tabaquismo REALIZADA: 35%

% Fumadores diagnosticados (pacientes a los que se les ha abierto el episodio CIAP P17 de Tabaquismo) y con intervención sobre tabaquismo realizada, a los que se ha realizado una espirometría: 10,1%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La situación de partida en el diagnóstico de EPOC, en el Sector de Teruel, es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se están desarrollando una serie de proyectos con objetivos comunes para mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores. Se pretende aumentar la realización de espirometrías para mejorar la detección de pacientes con EPOC.

Por todo ello, el punto de partida son los profesionales sanitarios implicados en el proceso, tanto de detección de fumadores y su posterior intervención, como la solicitud y realización de las espirometrías.

Por ello es muy relevante que dichos profesionales tengan adquiridas las competencias adecuadas para la realización e interpretación de espirometrías dentro de sus actividades asistenciales diarias.

Igualmente, dentro del plan de Calidad del SALUD, todos los centros de salud deben disponer de espirómetros, que deben contar con las revisiones y calibraciones adecuadamente actualizadas.

La conclusión más relevante a la vez que negativa, es que se están realizando un número mínimo de espirometrías en Atención Primaria en los pacientes fumadores, sobre la base que son el principal foco de detección de los pacientes EPOC.

Estos resultados además pueden hacerse extensibles al uso de espirometrías en general. Se ha realizado una completa difusión de la formación por todos los centros de salud, y dirigida a todos los componentes sanitarios de dichos centros.

Analizando pues dichos resultados, podemos concluir que hay una completa falta de concienciación por parte de los profesionales de los centros de salud en lo referente a la solicitud de espirometrías, reflejada al menos por el registro de las mismas en el programa OMI AP.

Se ha intentado solventar formando a las 2 partes implicadas en las espirometrías, la de la realización técnica y la de la interpretación. Por tanto, hay que seguir realizando esfuerzos en que la formación impartida sea efectiva, y ayude a aumentar las espirometrías, en pro y beneficio de los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1192

1. TÍTULO

REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1192 ===== ***

Nº de registro: 1192

Título
REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

Autores:
VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO, GUILLEN LORENTE SARA, VICENTE MALLÉN JOAQUIN, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

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
Tras los resultados en el último corte del acuerdo de Gestión 2016 y 2015, y teniendo en cuenta la baja prevalencia detectada o "efecto iceberg" en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, se ha planteado la realización de espirometrías a los pacientes fumadores en los cuales se ha realizado intervención sobre tabaquismo con el fin de aumentar la prevalencia de pacientes EPOC en nuestro Sector.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar el porcentaje de espirómetros calibrados y activos en el Sector hasta el 100%.

Mejorar la formación en espirometrías, con una sesión por Centro de Salud, dirigida al menos a un profesional enfermero y a uno médico.

Mejorar la razón de prevalencia de EPOC en el Sector Teruel para ajustarnos al previsto por el estudio EPI-SCAN

MÉTODO
Verificación por mantenimiento de los aparatos de espirometría. Formación teórico-práctica de los EAP en grupos de trabajo subsectoriales
Evaluación de la realización de espirometrías en fumadores con intervención tabáquica a través de datos de OMI-AP.

INDICADORES
% Espirómetros revisados y calibrados en el Sector: LI: 80% LS: 99%

% CS con sesión de Formación en espirometría e interpretación de la misma: LI: 80% LS: 99%

% Fumadores con intervención sobre tabaquismo y espirometría realizada LI: 25% LS: 50%

DURACIÓN
Febrero 2017: Evaluación de los espirómetros en los EAP, presencia, verificación y calibración. Servicio Mantenimiento Sector Teruel.
Marzo-Abril 2017: Formación teórico práctica en realización, diagnóstico y registro de espirometrías. Evaluación de la satisfacción de los alumnos. Santiago Valdearcos.
Diciembre 2017: Evaluación a través de indicadores de OMI-AP. Sara Guillén y Joaquín Vicente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1192

1. TÍTULO

REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

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 - 2016/1192

1. TÍTULO

REALIZACION ESPIROMETRIAS PARA EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE SANTIAGO VALDEARCOS ENGUIDANOS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ MARTINEZ MATILDE
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de talleres de formación en espirometrías en los centros de salud del Sector dirigidas a todos los profesionales sanitarios de los centros de salud, a través de actividades acreditadas. El contenido de cada taller fue: 30 minutos (fundamentos de las espirometrías y manejo de los espirómetros), 30 minutos 8conceptos teóricos de la realización de las espirometrías., 1 hora (realización práctica de la espirometría, criterios de aceptación de las pruebas, ejercicios de espirometrías con voluntarios), 45 minutos (casos clínicos de espirometrías y pacientes), 15 minutos (registro de espirometrías en OMI-AP). Los talleres se realizaron en todos los EAPs. Fue solicitada y concedida la acreditación oficial por la Comisión Oficial de Acreditación de las Profesiones Sanitarias de 0.6 créditos. Al mismo tiempo se revisaron todos los espirómetros de los centros de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

%espirómetros revisados y calibrados en el Sector 100%
% centros de salud con taller de formación en realización de espirometrías e interpretación de las mismas 100%, El total de los profesionales que recibieron la formación fueron 90 médicos y 70 enfermeras.
%fumadores detectados (pacientes a los que se ha registrado que fuman9, con intervención sobre tabaquismo y espirometría realizada: 5%
% fumadores diagnosticados (pacientes a los que se les ha abierto el episodio CIAP P17de tabaquismo) con intervención sobre tabaquismo y espirometría realizada:5%
%fumadores diagnosticados (pacientes a los que se les ha abierto el episodio CIAP P17de tabaquismo) con intervención sobre tabaquismo realizada:35%
% fumadores diagnosticados (pacientes a los que se les ha abierto el episodio CIAP P17 de tabaquismo) y con intervención sobre tabaquismo realizada, a los que se ha realizado una espirometría:10%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La situación de partida en el diagnóstico de EPOC, en el Sector Teruel, es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se están desarrollando una serie de proyectos con objetivos comunes para mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores. Se pretende aumentar la realización de espirometrías para mejorar la detección de pacientes con EPOC. El punto de partida son los profesionales sanitarios implicados en el proceso, tanto de detección de fumadores y su posterior intervención, como la solicitud y la realización de las espirometrías. Es muy relevante que dichos profesionales tengan adquiridas las competencias adecuadas para la realización e interpretación de espirometrías dentro de sus actividades asistenciales diarias. Dentro del Plan de Calidad del SALUD, todos los centros de salud deben disponer de espirómetros, que deben contar con las revisiones y calibraciones adecuadamente actualizadas. La conclusión más relevante a la vez que negativa, es que se están realizando un número mínimo de espirometrías en Atención Primaria en los pacientes fumadores, sobre la base que son el principal foco de detección de los pacientes EPOC. Estos resultados pueden hacerse extensibles al uso de espirometrías en general. Se ha realizado una completa difusión de la formación por todos los centros de salud, y dirigida a todos los componentes sanitarios de dichos centros. Analizando dichos resultados, podemos concluir que hay una completa falta de concienciación por parte de los profesionales de los centros de salud en lo referente a la solicitud de espirometrías, reflejada al menos por el registro de las mismas en el programa OM-AP- Se ha intentado solventar esta situación formando a las dos partes implicadas en las espirometrías, las de la realización técnica y la de la interpretación. Por tanto, hay que seguir realizando esfuerzos en la formación impartida para que sea efectiva, y ayude a aumentar las espirometrías, en pro y beneficio de los pacientes. La mejora dependerá en gran medida del registro por parte de los profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1192 ===== ***

Nº de registro: 1192

Título
REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1192

1. TÍTULO

REALIZACION ESPIROMETRIAS PARA EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

Autores:

VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO, GUILLEN LORENTE SARA, VICENTE MALLEN JOAQUIN, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

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

Tras los resultados en el último corte del acuerdo de Gestión 2016 y 2015, y teniendo en cuenta la baja prevalencia detectada o "efecto iceberg" en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, se ha planteado la realización de espirometrías a los pacientes fumadores en los cuales se ha realizado intervención sobre tabaquismo con el fin de aumentar la prevalencia de pacientes EPOC en nuestro Sector.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar el porcentaje de espirómetros calibrados y activos en el Sector hasta el 100%.

Mejorar la formación en espirometrías, con una sesión por Centro de Salud, dirigida al menos a un profesional enfermero y a uno médico.

Mejorar la razón de prevalencia de EPOC en el Sector Teruel para ajustarnos al previsto por el estudio EPI-SCAN

MÉTODO

Verificación por mantenimiento de los aparatos de espirometría. Formación teórico-práctica de los EAP en grupos de trabajo subsectoriales
Evaluación de la realización de espirometrías en fumadores con intervención tabáquica a través de datos de OMI-AP.

INDICADORES

% Espirómetros revisados y calibrados en el Sector: LI: 80% LS: 99%

% CS con sesión de Formación en espirometría e interpretación de la misma: LI: 80% LS: 99%

% Fumadores con intervención sobre tabaquismo y espirometría realizada LI: 25% LS: 50%

DURACIÓN

Febrero 2017: Evaluación de los espirómetros en los EAP, presencia, verificación y calibración. Servicio Mantenimiento Sector Teruel.

Marzo-Abril 2017: Formación teórico práctica en realización, diagnóstico y registro de espirometrías. Evaluación de la satisfacción de los alumnos. Santiago Valdearcos.

Diciembre 2017: Evaluación a través de indicadores de OMI-AP. Sara Guillén y Joaquín Vicente.

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 - 2016/1199

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE JOAQUIN VICENTE MALLEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP TERUEL
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASAS SANZ MARIA JESUS
ORDAS ANORO MARIA SOLEDAD
PEREZ DIEZ CRISTINA
LOPEZ IBANEZ SAGRARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Redacción de un documento con las recomendaciones de frecuencia de autoanálisis del Servicio Aragonés de Salud (Salud) adaptado al Sector Teruel. Falta validarlo con Endocrinología, Grupo de Diabetes del Sector y coordinadores de diabetes de cada Equipo de Atención Primaria (EAP) del Sector.
-Elaboración de un nuevo impreso para la solicitud de Tiras Reactivas de Glucemia (TRG) al Servicio de Farmacia de Atención Primaria (SFAP). Falta validación con Endocrinología, Grupo de Diabetes del Sector y coordinadores de diabetes de cada EAP.
-Actualización de los listados de pacientes a los que se dispensan TRG en el Sector Teruel (tipo de DM, diabetes gestacional, éxitus, pacientes desplazados), por EAP y por CIAS, a partir de la base de datos antigua que tenemos en el SFAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-El Servicio de Informática del Hospital Obispo Polanco está terminando de implantar el programa informático que ha desarrollado el Servicio de Informática del Hospital de Alcañiz para facilitar el seguimiento de los pacientes diabéticos que utilizan TRG.
-A fecha de 25 de enero de 2017, el programa informático está disponible en el SFAP. Se ha creado una nueva base de datos en dicho programa con datos de pacientes a los que se dispensan TRG actualmente (nombre, tipo de DM, tipo de TRG que utiliza); datos de profesionales del Sector (CIAS (médico, enfermera) de los EAP del Sector Teruel); y de los distintos tipos de TRG disponibles para su dispensación en Aragón (Acuerdo Marco 10/2015).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente terminar de desarrollar la parte del programa que permita a los EAP del Sector hacer la solicitud de tiras para cada paciente a través de una aplicación web del programa y monitorizar la dispensación y consumo de TRG.

7. OBSERVACIONES.

Cuando se presentó este proyecto, Sara Guillén Lorente era la responsable del mismo. Como ya no se encuentra trabajando en el Sector Teruel, envía Cristina Pérez Diez, componente del equipo de mejora, la memoria del proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1199 ===== ***

Nº de registro: 1199

Título
OPTIMIZACION DEL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Autores:
GUILLEN LORENTE SARA, PEREZ DIEZ CRISTINA, CASAS SANZ MARIA JESUS, ORDAS ANORO MARIA SOLEDAD, VICENTE MALLEN
JOAQUIN, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1199

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El autoanálisis de glucemia capilar es un componente imprescindible para el autocontrol de la diabetes cuyo objetivo es mejorar el control metabólico del paciente diabético mediante la prevención de hipoglucemias y ajuste de la medicación, de la dieta o del ejercicio físico. Los niveles glucémicos en los pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) son más estables que en los diabéticos tipo 1 (DM1). La evidencia científica disponible no sugiere beneficios claros en pacientes con DM2 no insulinizados (salvo en pacientes muy motivados o con riesgo de hipoglucemias). Para pacientes con DM2 no tratados con antidiabéticos orales (ADOs) ó en tratamiento con ADOs no se recomienda el autoanálisis de forma rutinaria, con excepción de los tratados con fármacos con riesgo de producir hipoglucemias (sulfonilureas, glinidas). Para algunos de estos pacientes, las mediciones de glucemia en ayunas realizada de forma intermitente en la consulta de enfermería, puede ser suficiente para adaptar el tratamiento acompañado de mediciones periódicas de los niveles de HbA1c. En pacientes con DM2 tratados con insulina se recomiendan autoanálisis de glucemia capilar con mayor frecuencia para detectar hipoerglucemias o hipoglucemias asintomáticas.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.No usar tiras reactivas y glucómetros en pacientes con DM tipo II en tratamiento con ADOs con bajo riesgo de hipoglucemias y control estable, ya que la determinación periódica de HbA1c sería preferible para el ajuste de la terapia.
- 2.No usar tiras reactivas de glucemia para pacientes no capacitados para interpretar sus valores y actuar modificando sus hábitos o tratamientos, ya el autoanálisis sería una medida costosa, sin ningún beneficio.
- 3.No usar tiras reactivas en pacientes no colaboradores para realizar autocontrol, ya que la mera determinación de glucemias capilares no conllevaría cambios terapéuticos.

MÉTODO

- 1.Implantación de un programa informático que facilite la monitorización de los pacientes diabéticos que utilizan TRG en el Sector/EAP (tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético, grado de estabilidad de la enfermedad (estable/inestable), frecuencia del autoanálisis, tipo de TRG que utiliza y seguimiento de las dispensaciones).
- 2.Programación de sesiones formativas para el personal médico y de enfermería de los EAP sobre las recomendaciones de frecuencia de autoanálisis en Aragón y manejo del programa informático.
- 3.Revisión de los pacientes del EAP con DM2 que utilizan TRG. Se cumplimentará una solicitud para cada paciente que incluya tipo de diabetes, tratamiento farmacológico antidiabético actual, TRG y frecuencia de autoanálisis que precisa. El impreso se remitirá al Servicio de Farmacia de Atención Primaria para su inclusión en el programa informático.
- 4.Promover el uso racional de TRG mediante la adecuación a la frecuencia de autoanálisis recomendada en el Acuerdo Marco para cada paciente y la mejora del conocimiento por parte de los diabéticos de su enfermedad.
5. Sesiones formativas e instrucciones del Acuerdo Marco a los Servicios de Inspección y Endocrinología del Sector.

INDICADORES

- Registro de sesiones formativas para personal médico y de enfermería sobre criterios de utilización de TRG y manejo del programa informático implantado.
- Estándar: 2 sesiones formativas (marzo 2017 y diciembre 2017) a los EAP y otras 2 sesiones formativas a los Servicios de Inspección y Endocrinología.
- Número de pacientes en los que se revisa el uso de TRG (número de impresos de solicitud de TRG completos y remitidos al SFAP/total de pacientes que utilizan TRG del EAP). Estándar: 50% de pacientes.
- Utilización eficiente de TRG. Disminución del coste de TRG para el EAP: Límite Inferior (LI):10% y Límite Superior: 20%.

DURACIÓN

- Marzo -Abril 2017.
- Instalación del programa informático, creación de la nueva base de datos.Responsables: Servicio de Informática HOP, SFAP.
 - Sesiones formativas para profesionales.Responsable: Farmacéutico de AP.
 - Designación de un coordinador de diabetes del EAP. Responsable: Coordinador médico/enfermería EAP.

Mayo-Diciembre 2017.

- Revisión de los pacientes que utilizan TRS, programación de sesiones formativas para Inspección y Endocrino y seguimiento de las dispensaciones de TRG. Responsable: EAP y la DAP Teruek

Enero 2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1199

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL AUTOANALISIS DE GLUCEMIA CAPILAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

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 - 2016/0211

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LOS DEPOSITOS DE MEDICAMENTOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA (EAP) DEL SECTOR TERUEL: INFORMATIZACION DE LAS PETICIONES DE REPOSICION

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE CRISTINA PEREZ DIEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP TERUEL
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABELLA PEREZ LUIS ANGEL
CASAS SANZ MARIA JESUS
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO
ORDAS ANORO MARIA SOLEDAD
VICENTE MALLEEN JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Inventario del almacén de medicamentos de AP. Control de caducidades, correcta conservación y almacenamiento de los medicamentos.
-Actualización de la guía farmacoterapéutica para los botiquines de los EAP del Sector Teruel.
-Actualización de las normas de conservación y/o dispensación de los medicamentos incluidos.
-Actualización del maestro de artículos del Servicio de Farmacia (SF) de AP (Farmatools®) por denominación común internacional (DCI).
-Definición de pactos de consumo de medicamentos entre el SF y cada uno de los 16 EAP del Sector Teruel, teniendo en cuenta consumos, población a la que atiende y dispersión que presenta.
-Revisión de los botiquines de medicamentos de los EAP del Sector Teruel. A fecha 25/01/2017, se han auditado los 16 botiquines de medicamentos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Revisión del 100% de los artículos del maestro del SFAP (Farmatools®).
- Realización de 2 auditorías/revisiones del almacén de AP (enero, julio 2017)
- Definición de los pactos de consumo de los 16 EAP del Sector Teruel.
- Auditoría/revisión de los botiquines de medicamentos de los 16 EAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente la instalación de la aplicación web de petición de reposición de botiquines (Farmatools®) en los EAP del Sector, y la posterior organización de sesiones formativas para explicar el nuevo procedimiento de petición. Por lo tanto, este proyecto continuará durante todo el año 2018.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/211 ===== ***

Nº de registro: 0211

Título
MEJORA DE LA GESTION DE LOS DEPOSITOS DE MEDICAMENTOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA (EAP) DEL SECTOR TERUEL:
INFORMATIZACION DE LAS PETICIONES DE REPOSICION

Autores:
PEREZ DIEZ CRISTINA, ABELLA PEREZ LUIS ANGEL, CASAS SANZ MARIA JESUS, GUILLEN LORENTE SARA, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO,
ORDAS ANORO MARIA SOLEDAD, VALDEARCOS ENQUIDANOS SANTIAGO, VICENTE MALLEEN JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

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 .:
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0211

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LOS DEPOSITOS DE MEDICAMENTOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA (EAP) DEL SECTOR TERUEL: INFORMATIZACION DE LAS PETICIONES DE REPOSICION

PROBLEMA

La adquisición y dispensación de medicamentos a los 16 centros de salud del Sector Teruel (2 urbanos y 14 rurales) se gestiona desde el Servicio de Farmacia (SF) de Atención Primaria (AP). En la actualidad, la persona designada en cada centro realiza mensualmente la petición de medicamentos mediante un impreso en papel que envía por valija al SF para luego dispensarlos con el reparto preestablecido.

Objetivo principal: Mejora de la gestión de los botiquines de los EAP. Se implantará la petición de medicamentos a través de la Intranet del Sector mediante el programa informático Farmatools® en la URL que se configure desde el Servicio de Informática, quien ha autorizado ya este posible uso. Se suprimirá el impreso en papel evitando posibles extravíos y facilitando que el pedido llegue de forma inmediata al SF. Cada centro dispondrá de una clave de acceso y contraseña, evitando problemas de identificación. Las cantidades solicitadas se ajustarán, salvo excepciones justificadas, al pacto de consumo establecido y se podrán pedir medicamentos urgentes.

Esta herramienta permitirá a los responsables consultar la cantidad dispensada de cada medicamento solicitado antes de recibirlo físicamente para conocer si existe, por ejemplo, desabastecimiento; y si el pedido está preparado sin necesidad de consultarlo telefónicamente.

Objetivo secundario: Asegurar la gestión eficiente de los botiquines mediante un registro de todos los pedidos realizados y dispensados garantizando un mayor control de las existencias (cantidad, lote y caducidad).

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.Revisión e inventario del almacén de AP. Adecuación de existencias, control de caducidades y correcta conservación y almacenamiento.
- 2.Revisión de la guía farmacoterapéutica, reducción de las especialidades del stock al mínimo para facilitar al personal el conocimiento de los mismos y garantizar la selección eficiente.
- 3.Actualizar el maestro de artículos del SF de AP (Farmatools®) y ordenarlo por principio activo.
- 4.Definición de pactos de consumo entre el SF y los EAP considerando los consumos, la población a la que atiende y la dispersión que presenta.
- 5.Disminución de los posibles errores de medicación (EM) asociados al cambio de ofertas adquiridas desde el SF por desabastecimientos.
- 6.Disminución de las peticiones urgentes solicitadas inadecuadamente.
- 7.Garantizar la eficiencia en el control del consumo farmacológico, tanto en número de unidades dispensadas a los centros de salud como en coste total.

MÉTODO

- 1.Actualización del listado de medicamentos incluidos en los botiquines, pedido máximo (pacto) y observaciones (normas de conservación ó dispensación).
- 2.Instalación de la aplicación web del programa informático Farmatools® en los Centros de Salud.
- 3.Organización de sesiones formativas para explicar el nuevo procedimiento de petición y difusión de las claves de acceso para acceder a la aplicación.
- 4.Análisis de los datos: de reducción de pérdidas documentales (vales de psicótrópos, impresos de pedido), de consumos de medicaciones sustitutivas en casos de desabastecimiento (variaciones de coste unitario y global en estos episodios).

INDICADORES

- Número de artículos revisados y actualizados del maestro Farmatools®. Objetivo: 100% de artículos revisados.
- Número de revisiones/auditorías del almacén de AP realizadas. Objetivo: realizar una revisión semestral.
- Número de pactos definidos entre el SF y los EAP. Objetivo: definir los pactos de los 16 EAP del Sector Teruel.
- Número de centros de salud del Sector Teruel en los que se implanta la aplicación web de petición de reposición de botiquines. Objetivo: implantación en los 16 centros de salud.
- Episodios de desabastecimiento y coste de los fármacos sustitutivos empleados.
- Albaranes de petición perdidos, comparado con datos anteriores.
- Vales de psicótrópos perdidos, comparado con datos anteriores.
- Satisfacción percibida por los encargados de los botiquines de los EAP, mediante encuesta pre y post implantación de la herramienta.
- Número total de fármacos caducados encontrados en los botiquines pre y post implantación.
- Número de especialidades rechazadas por alteraciones pre y post implantación.
- Número de episodios "fuera de stock" en cada centro de salud y duración.

DURACIÓN

Agosto 2016

- Revisión de la guía de medicamentos para los botiquines de los EAP.
 - Actualización del maestro de artículos del SF.
 - Mejora del almacén de medicamentos de AP, inventario y revisión de caducidades.
- Septiembre-Diciembre 2016
- Definición de pactos entre el SF y los EAP.
 - Evaluación previa de los indicadores (pre-post) en los botiquines de los EAP.
 - Instalación de la aplicación web del programa informático en los Centros de Salud.
 - Formación del personal responsable de los botiquines en el manejo del programa Farmatools®.
- Enero 2017- Septiembre 2017
- Monitorización del gasto farmacéutico de los botiquines de los centros de salud.
 - Evaluación global de indicadores y comunicación de resultados.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0211

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LOS DEPOSITOS DE MEDICAMENTOS EN LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA (EAP) DEL SECTOR TERUEL: INFORMATIZACION DE LAS PETICIONES DE REPOSICION

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 - 2016/1554

1. TÍTULO

ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ALMUDENA MARTINEZ SOTO
• Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
• Centro CRP SAN JUAN DE DIOS
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUEDA GARFELLA CARMEN
CARCELERO ASENSIO PILAR
LOPEZ GARCIA ROCIO
GARCIA JIMENEZ JESUS
GOMEZ CHAGOYEN BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES PREVIAS A LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO

- Información del proyecto al personal del centro
En una reunión del equipo multidisciplinar formado como mínimo por un representante de cada uno de los profesionales que van a participar en el proyecto (psicóloga, trabajadora social, psiquiatra, terapeuta ocupacional, personal auxiliar y de enfermería), se valora la pertinencia del proyecto y se decide la puesta en marcha del proyecto. Posteriormente el personal que participa en la reunión informa a sus homólogos de los resultados de esta reunión.
Al resto del personal del centro que no forma parte del equipo multidisciplinar como el conductor y la peluquera se les informa personalmente del proyecto.
- Selección de los candidatos para participar en el proyecto
El equipo multidisciplinar reunió a principios del 2017 para seleccionar a los candidatos a participar en el proyecto.
En una primera criba se han determinado de todos los usuarios de la ULE cuales cumplen el criterio de ser usuarios con Trastorno Mental Grave institucionalizados con sintomatología altamente significativa en "Retraimiento Social" y "Evitación Social Activa". A principios del 2017 en la ULE había 61 usuarios de los cuales 34 cumplían el criterio para ser candidatos para el proyecto.
En una segunda criba se han excluido aquellos usuarios que no podían participar por formar parte de los talleres prelaborales del centro: jardinería y club social (cafetería) o por la gravedad en su sintomatología orgánica y/o psiquiátrica. De los 34 candidatos que cumplían el criterio, 4 usuarios se han excluido por incompatibilidad de horarios de los talleres prelaborales con los horarios de las salidas y 6 usuarios se han excluido por la gravedad en su sintomatología orgánica (ver último párrafo del apartado recursos materiales necesarios) y/o psiquiátrica. Finalmente se han seleccionado a 24 usuarios para participar en el proyecto.
- Elaboración de la plantilla de registro de las salidas a la comunidad
En el proceso de elaboración de la plantilla de registro de las salidas a la comunidad, se ha tenido en cuenta la pertinencia de la inclusión de los siguientes ítems por considerarse los más relevantes poder efectuar un posterior análisis de la actividad:
 1. Los usuarios que participan en el proyecto.
 2. Salidas a la comunidad: fecha, hora, lugar y motivo.
 3. Asistencia a la actividad.
 4. Faltas de asistencia a la actividad:
 - o Faltas justificadas: visita médica, visita familiar, estancias en el domicilio familiar, tolerancia a ese tipo de salida, enfermedad orgánica y descompensación psicopatológica,..
 - o Faltas injustificadas: verbalizar no querer realizar la salida o no encontrar al usuario a la hora de la salida sabiendo con certeza que es conocedor de que se va a efectuar una salida.
 5. Comentarios/Observaciones sobre los participantes durante el transcurso de cada salida.
- Selección de los eventos y los posibles lugares de Teruel para efectuar las salidas a la comunidad
Se valora por parte del equipo multidisciplinar los posibles eventos anuales a tener en cuenta que pueden ser interesantes a los candidatos a participar en el proyecto: fiestas del Ángel, navidades, medievales,... y se seleccionan las cafeterías más céntricas y concurridas para favorecer la interacción de los usuarios con personas conocidas (familiares, amigos, compañeros de otros centros, profesionales actuales o jubilados de nuestro centro de trabajo,...). Las cafeterías seleccionadas han sido en la plaza del Torico y en la plaza de San Juan.
- Determinar los recursos personales necesarios
 - o Personal que incida en los hábitos de higiene y vestido: Responsables el personal auxiliar y peluquera
 - o Personal que organice, supervise y evalúe las salidas a la comunidad y acompañe a los participantes: Responsables el Psiquiatra, Psicóloga, Trabajadora Social y Terapeutas ocupacionales con el apoyo en las salidas de otros profesionales como el personal auxiliar, en prácticas (EIR,...), dirección,...
 - o Personal que desplace a los usuarios de movilidad reducida en el vehículo del SALUD: Responsable el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1554

1. TÍTULO

ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"

conductor

- Determinar los recursos materiales necesarios

Los candidatos de movilidad reducida, si pueden ir andando al centro de la ciudad, necesitan ayudas técnicas como bastones, Scooter,... y si no pueden ir andando al centro de la ciudad, pero pueden andar distancias más cortas, necesitan para su desplazamiento el vehículo del SALUD.

Los pacientes de la ULE que tengan grandes dificultades en la deambulacion hasta que no finalice el trámite de la compra del vehículo adaptado por parte del centro no podrían ser candidatos a participar en este proyecto.

ACTIVIDADES REALIZADAS PREVIAS A CADA SALIDA

1. Reunión del equipo multidisciplinar (psicóloga, trabajadora social, psiquiatra, terapeuta ocupacional, personal auxiliar y de enfermería), para detectar y seleccionar los pacientes a incluir en cada una de las salidas:

El día anterior a la salida se reúne el equipo a primera hora de la mañana y se confecciona el listado provisional de los pacientes teniendo en cuenta el estado psicopatológico, físico y posibles incidencias que puedan impedir la salida del centro (consultas médicas, pruebas funcionales, visitas familiares...)

Se determina el personal necesario para la supervisión y control de los pacientes.

Se comunica de forma individual a cada uno de los pacientes seleccionados que se va a efectuar una salida, informando sobre el contenido de la misma, fecha, hora de salida y lugar donde tiene que estar preparados. Se recaba información sobre el interés de realizarla por su parte para incluirlo o no en el listado definitivo. Se interviene en el caso de negativa para internar convencerlo y buscar lo que pueda ser reforzante para el paciente y conseguir que la actividad le sea atractiva. De este modo queda confeccionado el listado definitivo.

2. Se comunica el listado definitivo a:

o Personal de enfermería: El cual se encargará de la puesta a punto de estos pacientes (Aseo, vestido adaptado a la climatología, ayudas técnicas necesarias...)

o Peluquería: como apoyo en el cuidado de la estética

o Portería: Para que tengan conocimiento de los que estarán fuera e informar de ello a posibles visitas o llamadas telefónicas de familiares o conocidos.

3. Se solicita al conductor la reserva del vehículo para trasladar a los pacientes que lo necesitan por su movilidad reducida

4. Se hace la reserva en la cafetería donde se va a realizar el almuerzo y en los lugares que se vayan a visitar por su interés cultural, turístico, eventos y exposiciones.

ACTIVIDADES REALIZADAS EL DÍA DE LA SALIDA

1. Supervisión de la higiene y vestido de los pacientes incluidos en la lista.

2. Reparto de los pacientes en pequeños grupos de modo que en cada uno de ellos haya un responsable que los tutorice durante el recorrido para un mayor control y supervisión.

3. Una vez realizado el paseo o visita nos trasladamos a realizar un almuerzo a la cafetería, siendo la actividad más apetecible y demandada por los pacientes. Se les hace participe en la elección de las consumiciones para que expresen sus preferencias según sus gustos.

4. Durante el almuerzo se orienta y estimula la conversación. Se tratan temas relacionados con el entorno cercano, visita realizada.....

5. Por parte del personal se observa la conducta, habilidades sociales e interacción entre ellos, personal y entorno.

ACTIVIDADES POSTERIORES A LA SALIDA

Reunión del equipo para registrar y evaluar las observaciones e incidencias que han sido recogidas durante la jornada.

CALENDARIO DE SALIDAS

Se han efectuado un total de 10 salidas:

1 en invierno

4 en primavera

1 en verano

4 en otoño

Se cumple así con la previsión y promedio de 1-2 salidas mensuales en primavera y otoño. Al permitirlo la climatología se han efectuado también una en verano y otra en invierno.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LOS REGISTROS

Al finalizar el proyecto, con los datos recopilados de las plantillas de cada salida, en primer lugar se ha efectuado un análisis cuantitativo y cualitativo del proyecto, teniendo en cuenta el indicador para determinar si los resultados se ajustan a los resultados mínimos a alcanzar y en segundo lugar se analizan los datos más

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1554

1. TÍTULO

ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"

significativos de los registros.

- Resultados alcanzados en relación al indicador del proyecto
Se entrega a la dirección del centro una plantilla donde se engloba todos los ítems de la plantilla de registro de salidas (ver elaboración de la plantilla de registro) y los resultados de los 10 registros de las salidas a la comunidad. En este apartado sólo se realiza un resumen de los resultados para determinar si se alcanzan los resultados marcados para este proyecto.

Indicador: Indicador: % de usuarios con TMG de la ULE que salen a la comunidad y que antes sólo salían excepcionalmente.

Tendrán esta consideración los usuarios que han participado en el 25% de las salidas en las que han sido candidatos aunque se trasladen a otras unidades.

No se computaran las salidas en las que no participan por una causa justificada: visita médica, visita familiar, estancias en el domicilio familiar, tolerancia a ese tipo de salida, enfermedad orgánica y descompensación psicopatológica, ..

Resultados mínimos a alcanzar: 15% de usuarios con TMG que salen a la comunidad y que antes sólo salían excepcionalmente.

Resultados de proyecto:

? Nº de candidatos a las salidas = 24 candidatos (ver apartado de selección de candidatos)
? Nº de candidatos que no participan en las salidas = 11 candidatos
? % Candidatos que no participan en las salidas = 45,8%
? Nº de candidatos que participan en las salidas = 13 candidatos
? % Candidatos que participan en las salidas = 54,2%
? % promedio de asistencia de candidatos que participan en las salidas (mínimo 25%) = 91,79%
? % Candidatos que participan y cumplen el criterio de salir el 25% de las salidas = 100%

- Datos relevantes tras el análisis de los registros

- o En la gran mayoría de los casos, las faltas injustificadas (no querer salir o no encontrarse por el centro a la hora de la salida) se dan más en las primeras salidas.

- o En la gran mayoría de los casos, lo más difícil es convencer a los usuarios salir la primera vez, las 2-3 veces siguientes cuesta pero un poco menos y posteriormente empiezan a establecer una rutina.

- o En la mayoría de casos se ha observado que aunque habían dejado de salir a la comunidad cuando estaban en una fase de desestabilización psicopatológica, al estar en estos momentos más estables, solamente con estímulo en las primeras salidas, están más receptivos a salir a la comunidad.

- o En la mayoría de casos aunque con el paso del tiempo se van adaptando a las salidas regulares, puntualmente en alguna salida necesitan estímulo o más estímulo de lo habitual.

- o En algún caso se observa, de manera más evidente, una tolerancia progresiva a la actividad, al principio casi no salen a la comunidad y con el tiempo salen cada vez más veces.

- o En un caso, en todas las salidas ha sido necesario estímulo para salir a la comunidad.

- o En la gran mayoría de los casos, después de efectuar un análisis cualitativo de los registros de salidas, con el paso del tiempo se observa un mayor disfrute de la actividad y predisposición a salir a la comunidad.

- o Respecto a esto último, también se evidencia en los comentarios de los participantes registrados después de las salidas y previos a las salidas.

IMPACTO DEL PROYECTO EN LA CONSECUICIÓN DEL LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO

El proyecto tenía como objetivo principal: Aumentar la frecuencia de las salidas al exterior del centro de estos usuarios y como objetivos secundarios:

Incidir en la sintomatología negativa

Mayor interacción social en un entorno normalizado

Mantenimiento/ mejora de las habilidades sociales

Mantenimiento/mejora de hábitos e intereses

Mantenimiento/mejora de hábitos de higiene y vestido

Mantener el mayor tiempo posible los vínculos sociales y familiares

Estimulación física: fomentar la deambulaci3n y mantener/mejorar su resistencia física

Estimulación cognitiva: atención, orientación temporal (horarios, fechas, festividades,... en relación con las salidas), orientación espacial (recorridos por la ciudad), orientación a la realidad, memoria (espacial, nominal,...), reminiscencia, calculo aritmético, lenguaje, seguir instrucciones, toma de decisiones,...

En relación al objetivo principal, con este proyecto se ha conseguido aumentar la frecuencia de las salidas al exterior del centro de estos usuarios, tal y como ha quedado patente en el apartado de resultados alcanzados en relación al indicador del proyecto.

En relación a los objetivos secundarios, con este proyecto se ha conseguido incidir además de en la sintomatología negativa (apatía, abulia, anhedonia,...), en las múltiples consecuencias de la pérdida de contacto con el exterior de los pacientes con trastorno mental grave institucionalizados, tal y como se indican a continuación:

- Escasas interacciones sociales y pérdida de habilidades sociales:
Se vieron mitigadas al aumentar la interacción con el entorno normalizado.

- Pérdidas de lazos familiares y amistades:

Durante las salidas algunos pacientes se encontraron con vecinos, amigos, conocidos, a los que reconocieron y hubo respuesta emocional, saludo e interacción con ellos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1554

1. TÍTULO

ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"

- Pérdidas de intereses educativos/formativos:
Las visitas de interés cultural, turístico, eventos y exposiciones, despertaron inquietud en determinados pacientes, formulando preguntas, despertando curiosidades y avivando el interés por la información.
- Pérdidas de hábitos e intereses de ocio y tiempo libre:
Se consiguió que parte de la rutina adquirida en la institución se rompiera. Aumentaron sus ganas de salir del centro demandando su realización periódica y mostrando su descontento cuando no se salía.
- Pérdida de habilidades sociales:
Ha aumentado la comunicación de los pacientes a través del lenguaje, mayor capacidad de seguir una conversación con contenido informativo, seguimiento de instrucciones, toma de decisiones
- Pérdida de hábitos de higiene y vestido:
Mayor preocupación por su aspecto, reclamando cierta indumentaria adaptada al exterior, repercutiendo en una mejora general de su imagen, vestido y estética.
- Disminución de la estimulación cognitiva:
Orientación temporal (horarios, fechas, estaciones, festividades,...)
Orientación espacial (recorridos por la ciudad)
Orientación a la realidad (acontecimientos...)
Estimulación de la memoria (nominal, episódica, reminiscencia,
Reconocimiento de personas conocidas
Mayor atención
- Sedentarismo:
Debido a que las salidas se han realizado a pie, se ha fomentado el ejercicio físico, mejorando su resistencia y salud física día a día. La distancia entre el hospital y el centro histórico ya es en sí misma significativa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

- Teniendo en cuenta los resultados obtenidos tanto los cuantitativos como los cualitativos, este proyecto ha favorecido que más de la mitad de los candidatos a participar en las salidas retomaran su contacto con la comunidad.
- Ha existido una muy buena aceptación del proyecto por parte de los pacientes incluidos en el mismo, además de una excelente predisposición a su realización.
- Se ha conseguido que cierto tipo de pacientes con elevadas dificultades en las relaciones sociales y tendencia al aislamiento se interesen por la actividad o incluso reclamen su realización periódica.
- El fomento de las salidas de pacientes institucionalizados con Trastorno Mental Grave ha propiciado el contacto con otras personas, conocidas o no, fuera del centro. Este hecho ha sido vivido con agrado.
- A nivel profesional ha resultado una actividad gratificante y sumamente enriquecedora para el conocimiento de las habilidades de comunicación, comportamentales y de relación de este tipo de pacientes fuera de la institución.
- Dado el bajo coste, que no necesita presupuesto adicional además del enganche y buena respuesta de los pacientes, es viable su mantenimiento a lo largo del tiempo.

RECOMENDACIONES

1. Dado que ningún participante ha salido por su cuenta después de finalizar el proyecto y que los datos cualitativos reflejan un interés creciente en los participantes por realizar estas salidas programadas, sería beneficioso el mantenimiento de esta actividad en el centro, programando regularmente salidas a la comunidad con personal de apoyo para favorecer el contacto de estos usuarios con la comunidad.
2. Como en la selección de los candidatos a participar en las salidas han tenido que quedar excluidos usuarios con limitaciones físicas por patología o edad (ver apartado selección de los candidatos) sería conveniente finalizar la tramitación de la compra del vehículo adaptado para el centro para favorecer las salidas a la comunidad de estos usuarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1554 ===== ***

Nº de registro: 1554

Título
ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1554

1. TÍTULO

ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"

SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"

Autores:
MARTINEZ SOTO ALMUDENA, RUEDA GARFELLA CARMEN, CARCELERO ASENSIO PILAR, GARCIA JIMENEZ JESUS, GOMEZ CHAGOYEN BLANCA, LOPEZ GARCIA ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP SAN JUAN DE DIOS

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

Muchos casos de trastorno mental grave institucionalizados en la ULE con el paso del tiempo dejan de salir progresivamente del centro e interaccionar con el exterior pese a ser un centro abierto. Estos usuarios no salen a la comunidad salvo por circunstancias excepcionales: médicas, trámites burocráticos,...

-Las causas más frecuentes son:

Sintomatología negativa: apatía, abulia, anhedonia,...

Perdidas de vínculos familiares y sociales

Tiempo en la institución

Aceptación de su sintomatología por parte de los profesionales

Falta de estímulo por parte de los profesionales de sus hábitos e intereses

Disminución de la movilidad por la edad, enfermedades orgánicas, sintomatología negativa,...

Distancia de CRP al centro de la ciudad

Barreras arquitectónicas en la ciudad

-Las consecuencias más relevantes de la pérdida de contacto con el exterior pueden ser:

Perdidas de lazos familiares y amistades

Relaciones sociales restringidas

Disminución de las interacciones sociales normalizadas

Perdidas de habilidades sociales

Perdidas de hábitos e intereses educativos/formativos

Perdidas de hábitos e intereses de ocio y tiempo libre

Perdida de hábitos de higiene y vestido

Disminución de la estimulación cognitiva

Sedentarismo

Institucionalización

Desconexión con la sociedad

Estigma

RESULTADOS ESPERADOS

-Principal:

Aumentar la frecuencia de las salidas al exterior del centro de estos usuarios

-Secundarios:

Incidir en la sintomatología negativa

Mayor interacción social en un entorno normalizado

Mantenimiento/ mejora de las habilidades sociales

Mantenimiento/mejora de hábitos e intereses

Mantenimiento/mejora de hábitos de higiene y vestido

Mantener el mayor tiempo posible los vínculos sociales y familiares

Estimulación física: fomentar la deambulación y mantener/mejorar su resistencia física

Estimulación cognitiva: atención, orientación temporal (horarios, fechas, festividades,... en relación con las salidas), orientación espacial (recorridos por la ciudad), orientación a la realidad, memoria (espacial, nominal,...), reminiscencia, cálculo aritmético, lenguaje, seguir instrucciones, toma de decisiones,...

MÉTODO

Reunión del equipo multidisciplinar para detectar y seleccionar los usuarios candidatos a participar en el programa

Reunión del equipo multidisciplinar previa a cada salida para seleccionar los candidatos y organizar la salida

Reserva de vehículo para los usuarios de movilidad reducida (el resto de los usuarios se desplazan andando) previa a la salida

Supervisión de la higiene y vestido de los candidatos previa a la salida (apartado a punto 9)

Salidas regulares a la comunidad de los participantes con el personal del centro (apartado b punto 9)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1554

1. TÍTULO

ESTIMULACION DE LA INTERACCION SOCIAL DIRIGIDO A USUARIOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADOS CON SINTOMATOLOGIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA EN "RETRAIMIENTO SOCIAL" Y "EVITACION SOCIAL ACTIVA"

Reunión del equipo multidisciplinar después de cada salida para evaluarla y registrarla

INDICADORES

-Indicador: % de usuarios con TMG de la ULE que salen a la comunidad y que antes sólo salían excepcionalmente. Tendrán esta consideración los usuarios que han participado en el 25% de las salidas en las que han sido candidatos aunque se trasladen a otras unidades.

No se computaran las salidas en las que no participen por una causa justificada: visita médica, visita familiar, estancias en el domicilio familiar, tolerancia a ese tipo de salida, enfermedad orgánica y descompensación psicopatológica, ..

-Resultados mínimos a alcanzar: 15% de usuarios con TMG que salen a la comunidad y que antes sólo salían excepcionalmente

-Fuente de datos: registro de las salidas

DURACIÓN

Duración: 2017

Fecha de inicio: 01/01/17

Fecha de fin: 31/12/17

Programación de las salidas a la comunidad: Se efectuarán un promedio de 1-2 salidas a la comunidad mensuales a terrazas, eventos locales, exposiciones, ..., durante la primavera y el otoño en función de la climatología. Durante el verano y el invierno, si la climatología acompaña, se realizarán salidas puntuales (fiestas del Ángel, navidades, medievales, ...)

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 - 2016/0480

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROGRAMA DE AVD DE LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE TERUEL

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR ENGUITA FLOREZ
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro CRP SAN JUAN DE DIOS
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. TERAPIA OCUPACIONAL
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA CALOMARDE MAGDALENA
SANZ LATORRE ANTONIO
SANCHEZ RODRIGO ANA JULIA
YUSTE VICENTE FELISA
ESPARZA IZQUIERDO EDURNE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

? - Se elabora por escrito un programa titulado "Programa AVD: sesiones grupales", en formato cuadernillo, que se imprime y queda ubicado en el despacho de Terapia Ocupacional y de enfermería. En dicho dossier, se explica una breve introducción, la organización del programa (responsables, evaluaciones,...), así como el desarrollo de las diferentes sesiones y actividades del programa.
- Como material complementario, se elaboran diferentes PowerPoint, que quedan grabados en el ordenador portátil de la sala de actividades de la 1ª planta, ordenador que se utiliza para las sesiones junto a un proyector.
? - Estas sesiones grupales están encuadradas en la rutina de actividades rehabilitadoras de la Unidad de Media Estancia, los jueves de 10:15 a 11:15h. Además, se añaden actividades prácticas nuevas de autocuidados y tareas de AVD dentro del horario de actividades de la unidad, como higiene bucodental a las 21h, ordenar los armarios los martes por las tarde,... Dicho horario se cuelga en el tablón de anuncios de la 1ª planta para que tanto profesionales como pacientes lo puedan consultar.

CALENDARIO:

? - OCTUBRE 2016: revisión bibliográfica sobre el tema, búsqueda de programas, guías y evaluaciones.
? - NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2016: elaboración de PowerPoint y actividades del programa. Elección de la escala de evaluación
? - ENERO - MARZO 2017: información al equipo multidisciplinar del proyecto e inicio de puesta en práctica del programa.
? - ABRIL 2017: Feedback, modificaciones del programa según experiencia obtenida
? - MAYO 2017: diseño e impresión del cuadernillo definitivo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

? - Proporción de pacientes de nuevo ingreso que, a partir de febrero 2017, fueron incluidos en el nuevo programa de AVD = 100%. Todos los pacientes de la unidad participan en las sesiones grupales y/o en las tareas rutinarias de la unidad relacionadas con las AVD (taller de cocina, turnos del comedor, lavado de la ropa, limpieza de las habitaciones, higiene bucodental, orden del armario,...)
? - Creación por escrito de un Programa de AVD = Sí. Dicho cuadernillo queda ubicado en los despacho de TO y enfermería, además de grabarse en el servidor de ficheros de la unidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una vez finalizado el proyecto, y ya instaurado el programa, creemos que es realmente útil tener un material accesible a todo el personal (tanto fijo como temporal o eventual) que nos permite agilizar la preparación de las actividades, lo que ahorra tiempo de trabajo. Además se mejora la unificación de criterios, tareas y se favorece la coordinación multidisciplinar.
Creemos que ha sido un proyecto eminentemente práctico, nos ha dado pie a aumentar las rutinas relacionadas con las AVD y podría ser interesante compartir experiencias de programas propios con otras unidades similares a la nuestra.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/480 ===== ***

Nº de registro: 0480

Título
MEJORA DEL PROGRAMA DE AVD DE LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE TERUEL

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0480

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROGRAMA DE AVD DE LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE TERUEL

ENGUITA FLOREZ MARIA PILAR, GARCIA CALOMARDE MAGDALENA, SANZ LATORRE ANTONIO, SANCHEZ RODRIGO ANA JULIA, YUSTE VICENTE FELISA, ESPARZA IZQUIERDO EDURNE

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP SAN JUAN DE DIOS

TEMAS

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

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

PROBLEMA

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRP) son dispositivos diseñados para impartir programas individualizados de rehabilitación a personas con una enfermedad mental crónica (EMC) que posean un déficit funcional y de autonomía, tanto social como personal, con el fin de que puedan recuperar o compensar habilidades que les sean útiles para integrarse en la sociedad con un funcionamiento adecuado, autónomo y eficaz. Uno de esos programas debe estar enfocado hacia las Actividades de la Vida Diaria (AVD), que las podríamos definir como "todas aquellas tareas y estrategias que llevamos a cabo de manera diaria, encaminadas a favorecer la salud física, psíquica y social y que realizamos de forma lo más autónoma posible". El objetivo que se persigue con este programa es que el paciente alcance el mayor grado posible de autonomía dentro de sus propias capacidades, habilidades e intereses. Es decir, que el sujeto sea capaz de realizar las AVD sin depender de nadie o con la mínima ayuda posible.

En función de su finalidad, las AVD se clasifican en:

- ? - AVD básicas (ABVD) o autocuidado: su objetivo es garantizar la supervivencia y el bienestar a través del cuidado del propio cuerpo.
- ? - AVD instrumentales (AIVD): proporcionan independencia y requieren interacciones más complejas.

Las personas con problemas de salud mental que son atendidas en nuestra unidad pueden tener dificultades en la ejecución de cualquiera de estas tareas, debido a diversos factores propios de la enfermedad, como:

- ? - Síntomas positivos o productivos
- Síntomas negativos
- ? - Pérdida de hábitos
- ? - Tipo de personalidad y costumbres
- ? - Modelos familiares y/o psicosociales
- ? - Habilidades y destrezas

Desde la creación de la Unidad de Media Estancia de Teruel en 2008, se han venido trabajando todas estas actividades, si bien la experiencia nos hace plantearnos mejorar ciertos aspectos y encuadrarlos dentro de un programa más específico y mejor organizado de rehabilitación.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GENERAL:

- ? - creación por escrito de un Programa de AVD para la Unidad de Media Estancia (UME) de Teruel
- ? - desarrollar el máximo nivel de autonomía de las personas con EMC que ingresen en la unidad

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ? - elaboración de un programa de sesiones grupales de tipo motivacional y psicoeducativo, encuadrándolas dentro del horario de actividades de rehabilitación
- ? - organización de sesiones prácticas grupales y/o individualizadas, encuadrándolas dentro del horario de rutinas del centro
- ? - identificación de responsables de cada actividad

MÉTODO

El programa se compondrá de 3 tres procesos (valoración al ingreso, participación en el programa y reevaluación periódica) y se diseñará mediante reuniones mantenidas por los miembros de este proyecto de calidad (auxiliares de enfermería, enfermería y terapia ocupacional), e incluyendo además otros componentes del equipo multidisciplinar (trabajo social).

Dicho programa se compondrá de diferentes actividades (grupales e individuales), cuyos responsables serán decididos al planificar las mismas.

Finalmente, la elaboración de un dossier escrito permitirá que todo el personal del centro (tanto fijo como temporal) pueda incorporar y asimilar sin problemas las tareas del programa.

INDICADORES

- ?- Proporción de pacientes de nuevo ingreso que, a partir de febrero 2017, serán incluidos en el nuevo programa de AVD = 100%
- ?- Creación por escrito de un Programa de AVD = SÍ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0480

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROGRAMA DE AVD DE LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE TERUEL

DURACIÓN

- ?- Del 15 de octubre al 31 de diciembre 2016: reuniones periódicas para planificar el programa, organización de todas las actividades (valoración, sesiones grupales, actividades prácticas,...) y elección de responsables
- ?- Del 1 al 31 enero 2017: informar del programa al resto de profesionales del centro
- ?- Del 1 febrero al 30 de abril 2017: puesta en marcha del programa y recogida de información sobre el funcionamiento del mismo
- ?- Del 1 mayo al 30 junio 2017: creación por escrito del Programa de AVD definitivo

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 : 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 - 2016/0143

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA TERAPIA FARMACOLOGICA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS UTILIZANDO LA APLICACION WEB "CHECKTHEMEDS"

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA CORREA BALLESTER
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro CSS SAN JOSE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ MARTIN JULIA
FORCANO GARCIA MERCEDES
MARTINEZ LAFUENTE MARIA BELEN
ESTEBAN MARTIN AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-En agosto de 2016 se solicita a la Dirección de Gestión del Sector de Teruel la renovación de la suscripción de la aplicación informática necesaria para la realización del proyecto (iniciado en 2015). Se obtiene la suscripción en noviembre de 2016, por lo que el calendario previsto se modifica, siendo de 1 de enero a 31 de diciembre de 2017.

-En enero se inicia la revisión global de los tratamientos de los nuevos residentes, así como de residentes con ingresos previos a esta fecha si son solicitados por su médico responsable. Los informes generados por la aplicación se facilitan a la geriatra para su valoración. Es la geriatra la que se pone en contacto con el médico responsable del residente que, en última instancia, realizará las modificaciones que considere factibles.

-En enero de 2018 se revisan los perfiles farmacoterapéuticos de los residentes con informe elaborado y se verifica si ha habido cambios respecto al tratamiento de ingreso

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- (nº informes de tratamiento de nuevos ingresos/nº nuevos ingresos) x 100: 108/118= 91.52%
- número informes de tratamientos de residentes ingresados previamente a enero de 2017: 73
- (nº tratamientos modificados tras informe/nº informes de tratamiento) x 100 (*): 22/108= 20,37%

Fuente: Base de datos CheckThe Meds; Indicadores de Gestión de Residencia Javalambre. Base de datos de residentes Residencia Javalambre.

Método de obtención: Revisión de listado farmacoterapéutico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La herramienta CheckTheMeds es una herramienta útil para la revisión farmacoterapéutica de los tratamientos de los residentes, el informe elaborado es claro y conciso.

El tiempo empleado en la introducción de los datos en la aplicación es asumible y puede incorporarse a la rutina de trabajo, aunque existen dificultades en momentos puntuales para hacerlo sin retraso (periodos vacacionales de las farmacéuticas)

Ha habido dificultades para la revisión de los informes por la geriatra, debido fundamentalmente a que la solicitud de interconsultas no deja tiempo suficiente. Sería recomendable incorporar la revisión farmacoterapéutica en el momento del ingreso del residente (actualmente no se hace de forma estructurada) y proporcionar, preferiblemente en la misma semana, el informe al médico responsable.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/143 ===== ***

Nº de registro: 0143

Título
OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA FARMACOLÓGICA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS UTILIZANDO LA APLICACIÓN WEB "CHECKTHEMEDS"

Autores:
CORREA BALLESTER MARTA, HERNANDEZ MARTIN JULIA, FORCANO GARCIA MERCEDES, MARTINEZ LAFUENTE MARIA BELEN, ESTEBAN MARTIN AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0143

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA TERAPIA FARMACOLOGICA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS UTILIZANDO LA APLICACION WEB "CHECKTHEMEDS"

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Polimedicación
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 medicación es la intervención médica más utilizada para mejorar la salud. Sin embargo, al mismo tiempo, la polifarmacia se asocia a un incremento del riesgo de efectos adversos, interacciones, menor adherencia al tratamiento, más hospitalizaciones, mayor mortalidad e incremento de los costes. La polimedicación adquiere especial relevancia en el paciente anciano, población con un mayor riesgo de reacciones adversas, debido a cambios fisiológicos, fragilidad y comorbilidad.
Existen diversas intervenciones dirigidas a optimizar la terapia farmacológica y evitar los riesgos derivados del uso de fármacos. En pacientes ancianos polimedificados, la atención farmacéutica que incluye revisión de la medicación en colaboración con profesionales clínicos de distintos ámbitos o los sistemas electrónicos de ayuda a la toma de decisiones han demostrado reducir la prescripción inapropiada y los problemas relacionados.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: Optimizar la terapia farmacológica de los residentes de la Residencia de Ancianos Javalambre

MÉTODO
MÉTODO:
Revisión global de los tratamientos farmacológicos mediante la utilización de la aplicación web "CheckTheMeds". La aplicación permite la revisión del tratamiento considerando, posibles interacciones entre fármacos, datos demográficos (edad, sexo, altura y peso) y datos clínicos (diagnósticos, alergias, intolerancias, grado de insuficiencia renal, hepática...); tras la evaluación proporciona información sobre:

- Alertas por escenarios clínicos de riesgo evitables
- Alertas para la deprescripción de fármacos sin beneficio
- Alertas de dosis inadecuadas
- Alertas para buscar alternativas con menor riesgo beneficio

La aplicación elabora un informe resumen con los datos introducidos y recomendaciones basadas en criterios STOPP-START 2014, Beers 2012 y PRISCUS 2010, recomendaciones de distintas sociedades científicas del año 2014 y alertas o e interacciones entre medicamentos.

Semanalmente la farmacéutica realizará la revisión global de los nuevos ingresos de la Residencia Javalambre y de otros residentes (número no determinado a priori). Los informes obtenidos se enviarán a la geriatra que en colaboración con los médicos de la Residencia realizará, si procede, la adecuación de los tratamientos.

INDICADORES

- (nº informes de tratamiento de nuevos ingresos/nº nuevos ingresos) x 100
- número informes de tratamientos de residentes ingresados previamente a octubre de 2016
- (nº tratamientos modificados tras informe/nº informes de tratamiento) x 100

DURACIÓN
Se retomará la actividad en cuanto se disponga de la herramienta informática (pendiente de trámite de pago), previsiblemente 1 de octubre de 2016.
Duración: de 1 de octubre de 2016 a 30 de septiembre de 2017 (vigencia de la licencia)

OBSERVACIONES
PROYECTO CONTINUACIÓN DEL REALIZADO EN 2015

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 - 2016/0674

1. TÍTULO

DETECCION E INTERVENCION SOBRE DESNUTRICION EN FRACTURA DE CADERA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE PALOMA GONZALEZ GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SAN JOSE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OSCA GUADALAJARA MARTA
VICENTE ROMERO MARIA JESUS
VASQUEZ CAMACHO MILAGRITOS MARGOT
VIAL ESCOLANO RAQUEL
FERNANDEZ MINAYA DIONIS CAROLINA
VILLALTA MARTIN ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Valoración funcional (basal, al ingreso y al alta) y administración del índice CONUT a los pacientes ingresados por fractura de fémur por fragilidad en el servicio de COT del Hospital Obispo Polanco. Prescripción de suplementación oral nutricional (SON) en casos de riesgo y de malnutrición. Se ha incluido en el análisis a los pacientes ingresados por este motivo en el 2º semestre de 2017 en lugar de en el 1º, como estaba previsto, debido a los cambios de facultativos con motivo de los traslados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La situación funcional previa al ingreso de los pacientes con fractura de fémur por fragilidad en Teruel era de autonomía moderada para las actividades básicas de la vida diaria, con índice de Barthel (IB) basal de 75/100, a pesar de ser una población muy envejecida, con una media de edad de 84'7 años.. En el momento del ingreso eran totalmente dependientes (IB 8/100), y en el momento del alta del Hospital de agudos de 55/100, después de una estancia media de 6'99 días. La puntuación del índice CONUT al ingreso se encontraba en torno a 5, que indica un riesgo moderado de malnutrición. Se han prescrito SON, pero la brevedad de la estancia hospitalaria no ha permitido la evaluación del efecto de la suplementación en la recuperación, tiempo de ingreso y costes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La recogida de datos de la ingesta dietética y la de parámetros antropométricos ha sido irregular, hecho que se ha relacionado con la variabilidad de los profesionales de enfermería de la planta de COT, debido a las adaptaciones realizadas en la misma para incluir a los servicios de Urología y a pacientes de Medicina Interna. El seguimiento conjunto de los pacientes por los servicios de COT y Geriátrica no se ha podido realizar debido a la estructura física y de agendas de las consultas externas de ambas especialidades. Se PROPONE, por parte de ambos equipos:
1) incluir la realización del MNA-SF en el protocolo de ingreso del paciente con fractura de fémur (por enfermería de planta).
2) Garantizar el seguimiento conjunto por parte de COT y Geriátrica con el objetivo de reducir en lo posible el riesgo de complicaciones y asegura que el resultado de la atención sanitaria sea la autonomía del paciente o, al menos, la mejora funcional. Para ello se han programado reuniones para centralizar el seguimiento en el Hospital San José (dispone de espacio físico y de radiología), citando a los pacientes en jueves (día que se desplazan los FEA de Traumatología para hacer el seguimiento de los pacientes que acuden a Hospital de Día Geriátrico y de los ingresados en planta) y liberando parte de la agenda de una de las FEA de Geriátrica para dedicarla a ello.

7. OBSERVACIONES.

Los componentes del equipo de mejora han cambiado respecto a los incluidos en el momento de presentación del proyecto, debido a los cambios de personal facultativo motivados por los traslados.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/674 ===== ***

Nº de registro: 0674

Título
DETECCION E INTERVENCION SOBRE DESNUTRICION EN FRACTURA DE CADERA

Autores:
GONZALEZ GARCIA PALOMA, OSCA GUADALAJARA MARTA, VICENTE ROMERO MARIA JESUS, SOLSONA FERNANDEZ SOFIA, VILLALTA MARTIN ANA, VIAL ESCOLANO RAQUEL, FERNANDEZ MINAYA DIONIS CAROLINA, QUILEZ SALAS NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0674

1. TÍTULO

DETECCION E INTERVENCION SOBRE DESNUTRICION EN FRACTURA DE CADERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: FRACTURA DE FÉMUR POR FRAGILIDAD
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 desnutrición es muy prevalente en los pacientes con fractura de cadera y se asocia a mayor incidencia de complicaciones y a estancias hospitalarias más prolongadas. El estado nutricional de los pacientes empeora durante el ingreso. La suplementación nutricional oral (SNO) reduce las complicaciones y la estancia hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Analizar la relación entre la fractura de cadera y la desnutrición en el anciano, así como la relación entre la SNO y la recuperación/tiempo de ingreso y los costes.

MÉTODO
Valoración nutricional completa a todos los pacientes mayores de 69 años que ingresan por fractura de fémur en el Hospital Obispo Polanco (historial clínico, tratamiento, situación socio-demográfica, Pfeifer, Barthel, IMC, CB, CP, PCT, TR, parámetros BQ bioimpedancia, registro de infestas (mediante entrevista dietética), valoración de la disfagia, peso ideal y % de pérdida de peso, evaluación del riesgo de complicaciones tras intervención. Todo ello se realizará directamente a los enfermos, salvo en el caso de deterioro cognitivo moderado-grave que podrán intervenir los familiares en el siguiente punto: entrevista dietética. Se establecerán 3 grupos: pacientes desnutridos, casos y controles. Se intervendrá mediante SNO en los pacientes desnutridos y en los casos. Se reevaluarán de forma previa al alta, al mes y a los 3 y 6 meses.

INDICADORES
Control de peso e IMC.
Control de parámetros antropométricos: circunferencia braquial y de la pierna.
Control de parámetros bioquímicos: albúmina, colesterol.
Evolución funcional a través del índice de Barthel.

DURACIÓN
Inicio en enero de 2017, inclusión de todos los pacientes con fractura de fémur del 1/1/17 al 30/6/17 (planta de hospitalización de Traumatología del Hospital Obispo Polanco + unidad de rehabilitación funcional del Hospital San José). Seguimiento al mes (consulta de Traumatología), 3 y 6 meses del alta (telefónica y consulta de Geriatría).

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: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0804

1. TÍTULO

MEJORANDO LA ATENCION EN LA FASE DE AGONIA Y MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Fecha de entrada: 27/01/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES FORCANO GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SAN JOSE
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VIAL ESCOLANO RAQUEL
MARTINEZ FABRE DANIEL
GUILLEN LEREU MARIA ANGELES
GARCIA SANZ MONTSERRAT
VIDAL SANZ ANA MARIA
PONZ FLOR INMACULADA
ALMAZAN CALVE MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1º. Sesiones de formación al personal sanitario: noviembre 2016-junio 2017

-Taller en curso de formación sobre final de vida : "Abordaje de la agonía" . Merche Forcano. "Atención de la espiritualidad en el final de la vida" Rosa Alegre. Hospital San José.

-Sesión hospitalaria: "Control de síntomas en Cuidados Paliativos". Raquel Vial y Maria Angeles Guillen. Hospital San José

- Taller de formación. "Comunicación con el paciente en final de vida, capacitación en recursos emocionales, acompañamiento" Pilar Barreto, Psicóloga de Valencia

-Sesión hospitalaria: "Niveles de intervención terapéutica". Daniel Martinez. Hospital San José.

-Sesión hospitalaria: "Atención psicológica del paciente y su familia. Alicia Martinez. Hospital San José.

-Sesión hospitalaria: "El trabajo en equipo interdisciplinar" Daniel Martinez. Hospital San José.

2º. Elaboración del protocolo "SUD" (situación últimos días), por equipo interdisciplinar (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajo social y psicóloga), revisiones. Definición de escalas pronósticas, responsables de cada proceso, comunicación de SUD al equipo. Trabajo en adecuación de esfuerzo diagnóstico y terapéutico, y niveles de intervención terapéutica (se definen intervenciones y tratamientos a eliminar, así como cuidados a destacar). Utilización de escala de Menten de agonía y escala de sedación de Ramsay. Reuniones de equipo (Enero-junio 2017).

3ª Comunicación con el paciente: trabajo de habilidades en la línea de facilitar resolución de conflictos, despedidas y legado antes de la muerte, conocimiento de los deseos y preferencias del paciente, hablar sobre la posibilidad de sedación si síntomas refractarios. Trabajo interdisciplinar con apoyo de psicóloga.

5ª Proceso de atención en el momento del éxitus: definir actuaciones por el equipo, cuidados post-mortem, apoyo y acompañamiento a los familiares, facilitar la despedida. Abordaje del duelo familiar y del duelo por el equipo.

6ª Aplicación del protocolo a pacientes ingresados en el Hospital San José. (junio-noviembre 2017)

7ª Recogida de datos y análisis de resultados. (enero 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

1. N° de pacientes con evaluación del pronóstico/total pacientes ingresados en Unidad de Paliativos: 85%

2. N° de pacientes con identificación agonía/número total de pacientes fallecidos en Unidad de Paliativos: 90%

3. Número de pacientes con registro de consentimiento de sedación paliativa/número de pacientes con sedación en Unidad de Paliativos. 98%

-Elaboración del protocolo SUD para orientación y facilitación de su seguimiento por los trabajadores del hospital. Difusión al personal.

-Asistencia a las sesiones de formación: 45% de los trabajadores

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es de vital importancia trabajar la atención en los momentos finales de vida, tanto para el paciente como para su familia o acompañantes. Consideramos que un indicador de calidad importante en una Unidad de Cuidados Paliativos es disponer de un protocolo SUD y de su conocimiento e incorporación por el personal sanitario. Trabajar la adecuación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico, permite al paciente llegar al momento final de vida de forma más confortable y con mayor dignidad. Es imprescindible en toda Unidad de Cuidados Paliativos contar con Psicólogo, que pueda apoyar tanto al paciente, a la familia, y al equipo de trabajadores en este difícil e importante proceso. Convendría facilitar a los trabajadores la asistencia a estas sesiones formativas, y repetirlas en distintos horarios.

7. OBSERVACIONES.

Nuestra preocupación actual, es que una vez iniciado este proceso y puesto en marcha, no disponemos de Psicólogo de forma definitiva, ya que finaliza su contrato en unos meses; toda Unidad de Cuidados Paliativos debe disponer de un Psicólogo. Esto dificulta de forma notable la calidad y la asistencia en la Unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0804

1. TÍTULO

MEJORANDO LA ATENCION EN LA FASE DE AGONIA Y MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/804 ===== ***

Nº de registro: 0804

Título
MEJORANDO LA ATENCION EN LA FASE DE AGONIA Y MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Autores:
FORCANO GARCIA MERCEDES, VIAL ESCOLANO RAQUEL, MARTINEZ FABRE DANIEL, GUILLEN LEREU MARIA ANGELES, GARCIA SANZ MONTSERRAT, VIDAL SANZ ANA MARIA, PONZ FLOR INMACULADA, ALMAZAN CALVE MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDAD AVANZADA ONCOLÓGICA Y NO ONCOLÓGICA
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Atención al final de la vida

PROBLEMA
La valoración adecuada del pronóstico del paciente en fase de enfermedad avanzada, oncológica y no oncológica, es un aspecto difícil para la mayoría de los médicos. Tiende a sobreestimarse la supervivencia. La comunicación del pronóstico es habitualmente obviada en el seguimiento de pacientes en situación de final de vida, lo que conlleva inadecuación de sus expectativas y retraso en la toma de decisiones. No es infrecuente que la fase de agonía acontezca de forma súbita, sin una adecuada preparación, ni tiempo para asumir con paz los cambios y manifestar necesidades. La familia del paciente necesita conocer este proceso para poder realizar un acompañamiento adecuado. Es preciso en estos momentos, evaluar los síntomas con exactitud, revisión continua, manejo de fármacos y el apoyo emocional y espiritual necesario. La identificación de la agonía, el tratamiento adecuado y la cercanía a pacientes y familiares, facilitaran morir con dignidad y evitarán duelos complicados.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Realizar una valoración del pronóstico en fase final de vida
2. Identificar los criterios de agonía en el enfermo terminal
3. Comunicar de forma adecuada y adaptada a cada paciente
4. Facilitar la toma de decisiones del paciente de forma precoz
5. Potenciar un acompañamiento psicosocial y espiritual, que mejore los últimos días
6. Potenciar un duelo saludable en los familiares del paciente

MÉTODO
1. Elaboración de un protocolo y actividades médicas y de enfermería, en la atención de la agonía y proceso de muerte de pacientes ingresados.
2. Seleccionar escalas pronósticas en el paciente con enfermedad avanzada oncológica (Karnofsky y PaP-D-score) y no oncológicas (NHO).
3. Conocer y aplicar la escala de Menten, para pre-agonía y agonía. Identificar signos y síntomas.
4. Adecuación del esfuerzo terapéutico. Diferentes niveles. Hidratación, nutrición, fármacos, procedimientos... Permitir muerte natural.
5. Trabajo multidisciplinar, redefiniendo objetivos y planes de cuidados cada 24 horas
5. Acompañamiento al paciente, detectando recursos del mismo, afrontamientos, resolución de conflictos antes de la muerte.
6. Últimas voluntades, representación, despedidas y legado.
6. Criterios de sedación paliativa en agonía. Consentimiento y registro.
7. Atención del duelo. Explicación del proceso de muerte a la familia. Seguimiento posterior.
8. Aspectos del entorno: intimidad, horarios, higiene...
9. Cuidados postmortem

INDICADORES
1. Nº de pacientes con evaluación del pronóstico/total pacientes ingresados en Unidad de Paliativos
2. Nº de pacientes con identificación agonía/número total de pacientes fallecidos en Unidad de Paliativos
3. Número de pacientes con registro de consentimiento de sedación paliativa/número de pacientes con sedación en Unidad de Paliativos

DURACIÓN
Noviembre-diciembre: formación del personal sanitario, pronóstico de enfermedad avanzada, taller de agonía, control síntomas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0804

1. TÍTULO

MEJORANDO LA ATENCION EN LA FASE DE AGONIA Y MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Enero: taller de comunicación en final de vida, capacitación en recursos
Febrero: elaboración de protocolo de atención en agonía, al paciente y la familia.
Marzo-Octubre: aplicación del protocolo y criterios
Noviembre: análisis 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 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 - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

Fecha de entrada: 05/04/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MUÑOZ PAMPLONA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROJAS HIJAZO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La urticaria crónica se caracteriza por episodios recurrentes de lesiones eritematosas-habonosas pruriginosas, evanescentes y con una duración de al menos 6 semanas en que los episodios ocurren diariamente o están presentes con una frecuencia mayor de dos veces/semana. Frecuentemente se asocia a angioedema que se produce cuando afecta a la dermis profunda y al tejido celular subcutáneo, y comparte con la urticaria los mismos mecanismos fisiopatológicos

No se conoce la incidencia real de la urticaria crónica en nuestro medio. En el estudio Alergológica la prevalencia en la población española fue del 0,65% siendo más frecuente en adultos.

El origen de esta enfermedad se desconoce. Un 80% de pacientes queda sin diagnóstico etiológico, siendo clasificadas como urticaria crónica idiopática.

La asociación con síntomas sistémicos es excepcional. Siendo el prurito lo que más repercute en la vida del paciente. Se ha demostrado mediante estudios de calidad de vida que el impacto de esta enfermedad es muy importante. Afecta al sueño, produce astenia y dificulta las relaciones laborales, familiares y sociales. Los pacientes afectados de urticaria perciben una calidad de vida peor que el 75% de los españoles para la misma edad y sexo y un a calidad de vida psíquica inferior a las del 80% de los españoles de sus mismas características. La puntuación de la calidad de vida de la esfera mental es la más baja de todas las enfermedades alérgicas.

Por todo ello en el estudio de urticaria crónica se tiende a pensar que es la manifestación cutánea de alguna alteración sistémica importante, por lo que a los pacientes se les somete a numerosas exploraciones complementarias.

URTICARIA CRÓNICA Y AUTOINMUNIDAD:

Desde hace años se estudia la posibilidad de que un grupo de pacientes con urticaria crónica tengan un componente autoinmune de base, los datos que llevan a esa posibilidad son:

En 1946 Malmros realizó el primer autotest, demostrando que con el suero del paciente con urticaria crónica se producía en la piel una reacción similar a la producida por alérgenos.

En 1983 Leznoff y colaboradores, detectaron en pacientes con urticaria crónica una alta incidencia de tiroiditis de hashimoto, muchos de ellos con anticuerpos antiperoxidas y antitiroglobulina a pesar de ser eutiroides.

En 1993 el equipo de Greaves demostró que existía una inmunoglobulina que actuaba contra el receptor de Ig E, era un autoanticuerpo anti-Ig E.

Actualmente se sabe que el 30-40% de los pacientes con urticaria presentan un anticuerpo Ig G contra la cadena alfa del receptor de Ig E y que un 5-10% poseen un anticuerpo anti-IgE y un porcentaje desconocido podría tener ambos anticuerpos.

Aunque no existen métodos diagnósticos estandarizados para detectar si un paciente pertenece al grupo de urticaria autoinmune, a nivel práctico podemos señalar varios medios indirectos que nos indican que el tipo de urticaria puede ser autoinmune:

- Realización del test autólogo
- Los pacientes con urticaria crónica de tipo autoinmune pueden presentar basopenia
- La presencia de anticuerpos anti-tiroideos positivos.
- En general, el grupo de pacientes con autoinmunidad suelen presentar urticarias crónicas más severas, de larga evolución y corticodependientes.

En los últimos diez años se ha demostrado que en un 50% de pacientes con urticaria crónica idiopática parece tener un origen autoinmune.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo del estudio fue realizar un estudio transversal retrospectivo de 50 casos de urticaria crónica determinando la prevalencia en cuanto a edad, sexo, tiempo de la urticaria, antecedentes personales y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

familiares de alergia así como los resultados y la rentabilidad de los estudios realizados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para ello se realizó una ficha de recogida de datos que se cumplimentó en los 50 últimos pacientes que habían sido diagnosticados de urticaria crónica en la consulta de Alergología de adultos.

La ficha de recogida de datos es la siguiente:

PROTOCOLO DE URTICARIA CRONICA

Edad:

Sexo:

Antecedentes familiares: Atópicos
 Urticaria- AE familiar

Lesiones : Angioedema asociado

Años de evolución

Asociación con otras urticarias físicas: presión
 Calor
 Colinérgica
 Ejercicio
 Dermografismo
 Otras

Factores precipitantes: Alimentos y Aditivos
 Aeroalergenos
 Fármacos
 Infecciones
 Factores psicológicos
 Factores físicos

Otras enfermedades autoinmunes asociadas
 Diabetes
 Enfermedades tiroideas
 Artritis reumatoide

ESTUDIO ALERGICO

Pruebas cutáneas a inhalantes:

Pruebas cutáneas a alimentos:

Pruebas cutáneas a látex:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

Pruebas cutáneas a anisakis

Prueba intradermo con suero autólogo:

Analítica

Leucocitos: PMN: Linfocitos: Eosinófilos:

VSG:

Bioquímica:

Estudio de Complemento: C3: C4: Clq: C1 inhib:

Inmunoglobulinas:

IgE específica a: Ascaris
Equinococo
Anisakis

HH tiroideas: T3 T4 TSH

Ac antitiroideos:

Estudio microbiológico: Hepatitis B
Hepatitis C
Hidatidosis

Parásitos en Heces (3 muestras)

Rx torax

Rx senos paranasales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS

SEXO:

HOMBRE 16
MUJER 34

Se observó una mayor prevalencia del sexo femenino en los casos estudiados, con un 68% (34 casos) frente a un 32% de sexo masculino (16 casos).

EDAD:

MÁXIMA 76
MÍNIMA 18
MEDIA 47.02
MEDIANA 46

Los pacientes de ambos sexos, mostraron un rango de edad que osciló entre 18 y 76 años, siendo la media de edad de 47,02 años y la mediana 46.

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ATOPIA:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

SI 13
NO 37

Del total de 50 pacientes, el 26% presentaban antecedentes familiares de atopia.

ANTECEDENTES FAMILIARES DE URTIARIA-ANGIOEDEMA

SI 1
NO 49

Sólo uno de los pacientes presentaba antecedentes familiares de urticaria (2%).

AÑOS DE EVOLUCIÓN:

MÍNIMO 2 meses
MÁXIMO 37 años
MEDIA 69,8 meses. Más de la mitad (27) les duró menos de dos años

El tiempo de la urticaria varió desde 2 meses hasta 37 años de evolución. Con una media de 69,8 meses y una mediana de 21 meses.

A más de la mitad (27 casos), le duró menos de dos años.

ANGIOEDEMA ASOCIADO:

SI 18
NO 32

La urticaria se asoció a angioedema en 18 de los casos, que se corresponde con una frecuencia del 36%.

ASOCIACION CON URTICARIAS FÍSICAS:

PRESIÓN 9
CALOR 3
COLINERGICA 0
EJERCICIO 0
DERMOGRAFISMO 15
FRIO 1
SOL 1

Dentro de la asociación con urticarias físicas destaca la presencia de Dermografismo en 15 de los casos (30%), seguido de la urticaria por presión (18%) y por calor (6%).

FACTORES PRECIPITANTES:

ALIMENTOS-ADITIVOS 3 (1 PESCADO-2 MARISCO)
BEBIDAS ALCOHOLICAS 1
AEROALERGENOS 3 (2 POLEN -1 PERRO)
FÁRMACOS 13 (10 AINES, 1 CIPRO, 1 PENICILINA Y 1 DESCONOCIDO)
INFECCIONES 8
FACTORES PSICOLOGICOS 13
PICADURAS MOSQUITO 1
PREMENSTRUAL 2

Los factores agravantes fueron muy variados, siendo relevantes que el 26% de los pacientes referían empeorar sus factores psicológicos, principalmente con el stress y un mismo porcentaje (26%) presentaba brotes en relación con fármacos en su mayoría AINES (Antinflamatorios no esteroideos).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

Le sigue en frecuencia las infecciones con 16% y los aeroalérgenos y alimentos con un 6%.
De forma anecdótica empeoran con bebidas alcohólicas, picaduras de mosquitos o con el síndrome premenstrual.

ENFERMEDADES AUTOINMUNES ASOCIADAS:

DIABETES	3
TIROIDEA	3 (GRAVES BASEDOW 1; AC + 2)
ARTRITIS	4 (ESPONILITIS PSORIASICA, 3 ARTRALGIAS, 1 CON PCR Y VSG ALTO)
ANTICOAGULANTE LÚPICO +	1
VITÍLIGO	1
ALOPECIA	1

Un total de catorce enfermedades autoinmunes, en 11 pacientes eran referidas como antecedentes personales, de las cuales 10 (en 9 pacientes) se correspondieron con un test del suero positivo
Referían diagnóstico previo de patología reumática en el 8% de los casos y de diabetes o patología tiroidea en el 6%.
Vitíligo, alopecia o anticoagulante lúpico positivo eran padecidos por sólo un paciente cada uno de ellos.

ESTUDIO ALERGOLÓGICO

P.C. INHALANTES	21
P.C. ALIMENTOS	2 (UNO MARISCO Y OTRO FRUTAS)
P.C. LÁTEX	0
P.C. ANISAKIS	3

Se realizaron pruebas cutáneas en prick con panel de aeroalérgenos (Dermatophagoides pteronyssinus y farinae, alternaria alternata, epitelios de perro y gato, polen de gramíneas, olivo, ciprés, platanero, Artemisa, plántago, chenopodiáceas) panel de alimentos, látex y anisakis.

El 42 % tenían pruebas positivas a inhalantes, de los cuales 17 a pólenes (34%), 7 a ácaros (14%), y 4 a epitelios (8%).

POLEN=11 ÁCAROS=4 POLEN y ÁCAROS=2 POLEN Y EPITELIOS=3 POLEN, ACAROS Y EPITELIOS=1

Sólo dos de ellos estaban sensibilizados a alimentos uno a marisco y otro a frutas
Ninguno de los pacientes tenía sensibilización a látex.
Destaca la sensibilización de 3 de ellos a anisakis, sin relevancia clínica

ANALÍTICAS

HEMOGRAMA:

LEUCOCITOS:	N
EOSINÓFILOS:	2
VSG:	N

En el hemograma no se encontraron alteraciones, excepto eosinofilia en dos de los pacientes (4%)

BIOQUÍMICA:

COLESTEROL	6
GLUCEMIA ALTA	3
A.ÚRICO ALTO	3

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

FOSFATASA. A	1	
TRANSAMINASAS	3	
TRIGLICÉRIDOS	1	
CALCIO BAJO	1	
ASLO+PCR+FR ALTO	1	
ANTICUERPOS CONTRA NÚCLEO		2 CON 1/80 MOTEADOS

Las alteraciones en los valores de bioquímica, no son diferentes a los encontrados en población normal. Estos resultados concuerdan con estudios previos, que concluyen que la búsqueda de valores patológicos suele ser anodina en los pacientes con urticaria crónica.

ORINA:

1 CON CUERPOS CETÓNICOS, OTRO CON HGBA Y OTRO CON LEUCOCITOS

Tres de los pacientes tuvieron alguna alteración en el sedimento, pero sin relevancia con la clínica.

COMPLEMENTO:

49 NORMAL
1 ALTERADO: C4 BAJO

INMUNOGLOBULINAS

IGE ALTO: 9
IGA ALTO E IG M BAJO: 1
RESTO NORMAL

La elevación de la IgE es concordante con las sensibilizaciones encontradas en el estudio alergológico, El resto de inmunoglobulinas es normal excepto en un paciente con alteración de IgA e IgM

IG E FRENTE A ÁSCARIS, AQUINOCOCOS Y ANISAKIS

IGE ASCARIS:	4	
IGE EQUINOCOCOS:		0
IGE ANISAKIS:	4	

Dos de ellos tenían positivos los dos Ascaris y Equinococo

HORMONAS TIROIDEAS Y ANTICUERPOS:

4 CON AC ANTIPROXIDAS ALTOS Y EL RESTO NORMAL: 2 con test suero + y 2 con test del suero -
2 CON AC ANTITIROGLOBULINAS ALTOS Y EL RESTO NORMAL: test suero -
3 CON LOS DOS ALTOS: 1 CON T4 ALTO : test suero +
1 CON TSH ALTO: test suero -
1 CON RESTO NORMAL: test suero +

El 18% de los pacientes (8) presentaban autoanticuerpos antitiroideos
De ellos 4 tenían el test del suero positivo y 5 negativo

SEROLOGÍA HEPATITIS B:	0
SEROLOGÍA DE HEPATITIS C:	0
SEROLOGÍA DE HIDATIDOSIS:	0

Ninguno de los pacientes presentó serología positiva ni para hepatitis B o C, ni para hidatidosis

PARASITOS EN HECES:	0
---------------------	---

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

No se encontraron parásitos en heces

RX TORAX: 1 CON AUMENTO DE ESPACIO RETROESTERNAL

RX SENOS: 1 CON ENGROSAMIENTO MUCOSO DE SENO MAXILAR DERECHO

Los estudios radiológicos fueron normales, las anomalías aisladas encontradas estaban en el rango de lo encontrado en población normal y no tenían relevancia para la urticaria

TEST DEL SUERO AUTÓLOGO

POSITIVO: 25
NEGATIVO: 25

El test del suero autólogo consiste en la inyección intradérmica de suero del paciente en el antebrazo, con un control negativo con suero fisiológico y un control positivo con histamina.

En nuestro trabajo el 50% de nuestros pacientes tuvieron el test positivo, por lo que el 50% de estas urticarias pudieron ser catalogadas de autoinmune.

De los 25 pacientes con test del suero positivo 20 eran mujeres y 5 hombres, coincidiendo con todos los estudios que reflejan mayor porcentaje de urticaria crónica autoinmune en mujeres.

La mayoría, 18, no tenían antecedentes familiares de atopia frente a 7 que sí tenían.

Del total de catorce enfermedades autoinmunes referidas como antecedentes personales, 10 de ellas se correspondieron con un test del suero positivo

No había diferencias significativas entre el porcentaje de atópicos con test del suero positivo y con test del suero negativo.

Parece estar aumentada la incidencia de angioedema en los pacientes con test del suero positivo en nuestro caso de forma clara, 52 frente al 20%.

De los 25 pacientes con test del suero positivo 8 tenían dermatografismo (32%) y 3 urticaria por presión. (12%). Frente al 28% y 24% del test negativo.

No encontramos diferencias significativas entre los datos de edad de los pacientes o en la duración de la urticaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

La urticaria crónica es una patología importante por su prevalencia y por su gran repercusión en la calidad de vida de los pacientes.

Su larga duración lleva a pensar que es consecuencia de alguna patología sistémica importante, por lo que a los pacientes se les somete a numerosas pruebas y estudios complementarios

En un gran porcentaje de pacientes con urticaria crónica no se llega al diagnóstico etiológico

En nuestro estudio observamos mayor prevalencia de urticaria crónica en el sexo femenino

La mediana de edad es de 46 años con un rango de edad entre 18 y 76 años.

El 26% presentaban antecedentes familiares de atopia y sólo un paciente (4%) antecedentes de urticaria. Serían datos similares a los encontrados en población no afecta de urticaria

La duración de la urticaria oscilaba entre los dos meses y los 37 años, siendo la mediana de 21 meses. A más de la mitad de los pacientes les duró menos de dos años.

La urticaria se asoció con angioedema en el 36% de los casos, destaca la asociación con otras urticarias en el 30% con dermatografismo y en el 18% con urticaria por presión.

Respecto a los factores agravantes fueron muy variados, siendo relevantes que el 26% empeoraban con factores psicológicos, principalmente con el stress y el mismo porcentaje los hacían con algún fármaco entre los que destacan los antiinflamatorios no esteroideos.

En el momento de realizar la historia se recogieron como antecedentes 14 enfermedades autoinmunes que eran padecidas por 11 pacientes.

Se realizó estudio alérgico con inhalantes, alimento y anisakis. El 42% (21 pacientes) tenían pruebas positivas a inhalantes siendo los pólenes los más frecuentes, sólo dos pacientes estaban sensibilizados a alimentos.

La sensibilización a anisakis encontrada en tres de ellos no tenía relevancia clínica.

En los estudios complementarios solicitados, no hubo alteraciones en el hemograma, bioquímica, inmunoglobulina, serología de hepatitis B y C, serología de hidatidosis, IgE específica frente a áscaris, equinococos y anisakis, parásitos en heces u orina que nos orientaran al origen de la urticaria

Los estudios radiológicos fueron normales en la gran mayoría de los casos y las anomalías encontradas no reflejan relación con la urticaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

Hay alteraciones de hormonas tiroideas en el 18% (9 de los pacientes), de ellos tienen el test del suero positivo en cuatro de ellos. Antes del estudio estaban diagnosticados de patología tiroidea solamente 3 de ellos.

La presencia de autoanticuerpos antitiroideos es un marcador de enfermedad autoinmune.

La urticaria crónica es más frecuente en pacientes que los presentan, con un claro predominio en mujeres de edad media o avanzada.

En todos los pacientes afectados de urticaria crónica deberá investigarse la presencia de autoanticuerpos antitiroideos elevados, ya que los pacientes que los presenten y no sean hipertiroideos, serán tributarios de realizar tratamiento con tiroxina, pues se ha demostrado que este tratamiento puede hacer desaparecer la urticaria.

Un porcentaje importante (50%) de los pacientes tenían el Test del suero positivo, con esta sencilla y económica prueba podemos catalogar de autoinmune las mitad de las urticarias del estudio, esto nos demuestra que la frecuencia de urticaria crónica autoinmune es elevada y demostrar el origen autoinmune puede detener la búsqueda de causas ocultas o patologías subyacentes

Hemos observado que se asocian a otras enfermedades autoinmunes.

Coincidimos con otros trabajos, en que la historia clínica con una correcta anamnesis y exploración física es lo más importante en contraste con la utilización de excesivos y costosos estudios complementarios.

Resaltamos que la solicitud de autoanticuerpos antitiroideos y el test del suero serían exploraciones imprescindibles porque ayudan a identificar la etiología autoinmune de las urticarias crónica

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/36 ===== ***

Nº de registro: 0036

Título
RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS EN PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

Autores:
MUÑOZ PAMPLONA MARIA PILAR, ROJAS HIJAZO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Investigación, publicación, estudios
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La urticaria crónica se caracteriza por episodios recurrentes de lesiones eritematosas-habonosas pruriginosas, evanescentes y con una duración de al menos 6 semanas en que los episodios ocurren diariamente o están presentes con una frecuencia mayor de dos veces/semana. Frecuentemente se asocia a angioedema que se produce cuando afecta a la dermis profunda y al tejido celular subcutáneo, y comparte con la urticaria los mismos mecanismos fisiopatológicos

No se conoce la incidencia real de la urticaria crónica en nuestro medio. En el estudio Alergológica 2005 la prevalencia en la población española fue del 0,65% siendo más frecuente en adultos.

El origen de esta enfermedad se desconoce. Un 80% de pacientes queda sin diagnóstico etiológico, siendo clasificadas como urticaria crónica idiopática.

La asociación con síntomas sistémicos es excepcional. Siendo el prurito lo que más repercute en la vida del paciente. Se ha demostrado mediante estudios de calidad de vida que el impacto de esta enfermedad es muy importante. Afecta al sueño, produce astenia y dificulta las relaciones laborales, familiares y sociales. Los pacientes afectados de urticaria perciben una calidad de vida peor que el 75% de los españoles para la misma edad y sexo y un a calidad de vida psíquica inferior a las del 80% de los españoles de sus mismas características.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

La puntuación de la calidad de vida de la esfera mental es la más baja de todas las enfermedades alérgicas.

Por todo ello en el estudio de urticaria crónica se tiende a pensar que es la manifestación cutánea de alguna alteración sistémica importante, por lo que a los pacientes se les somete a numerosas exploraciones complementarias.

RESULTADOS ESPERADOS

Se realizará un estudio transversal retrospectivo de 50 casos de urticaria crónica con el objetivo de evaluar la prevalencia en cuanto a edad, sexo, tiempo de la urticaria, antecedentes personales y familiares de alergia así como los resultados y la rentabilidad de los estudios realizados.

MÉTODO

La ficha de recogida de datos es la siguiente y se llevará a cabo por los dos miembros del equipo:

PROTOCOLO DE URTICARIA CRONICA

Edad:

Sexo:

Antecedentes familiares: Atópicos
 Urticaria- AE familiar

Lesiones : Angioedema asociado

Años de evolución

Asociación con otras urticarias físicas: presión
 Calor
 Colinérgica
 Ejercicio
 Dermografismo
 Otras

Factores precipitantes: Alimentos y Aditivos
 Aeroalergenos
 Fármacos
 Infecciones
 Factores psicológicos
 Factores físicos

Otras enfermedades autoinmunes asociadas
 Diabetes
 Enfermedades tiroideas
 Artritis reumatoide

Analítica

Leucocitos: PMN: Linfocitos: Eosinófilos:

VSG:

Bioquímica:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

Estudio de Complemento: C3: C4: Clq: C1 inhib:

Inmunoglobulinas:

IgE específica a: Ascaris
Equinococo
Anisakis

HH tiroideas: T3 T4 TSH

Ac antitiroideos:

Estudio microbiológico: Hepatitis B
Hepatitis C
Hidatidosis

Parásitos en Heces (3 muestras)

Rx torax:

Rx senos paranasales:

ESTUDIO ALERGOLÓGICO

Pruebas cutáneas a inhalantes:

Pruebas cutáneas a alimentos:

Pruebas cutáneas a látex:

Pruebas cutáneas a anisakis

Prueba intradermo con suero autólogo:

INDICADORES

Estudio alergológico:

El estudio alergológico se realizará mediante pruebas cutáneas en prick con panel de aeroalérgenos (Dermatophagoides pteronyssinus y farinae, alternaria alternata, epitelios de perro y gato, polen de gramíneas, olivo, ciprés, platanero, Artemisa, plántago, chenopodiáceas) panel de alimentos (Se incluyen alimentos más relevantes desde el punto de vista alergológico así como aquellos con los que el paciente sospecha alguna relación), látex y anisakis.

Los test cutáneos se realizan en la cara volar del antebrazo, además se realizan prick con suero salino como control negativo e histamina como control positivo. Definiéndose como positivo aquella pápula con diámetro igual o mayor de 3mm que el suero salino o aquella que sea mayor que la histamina.

La lectura de las pruebas se realiza a los 15 minutos

Test del suero autólogo:

El test del suero autólogo consiste en la inyección intradérmica de 50 microlitros de suero del paciente en el antebrazo, con un control negativo con suero fisiológico y un control positivo con histamina.

La técnica se prepara realizando una extracción de sangre venosa en tubos estériles que se mantienen a temperatura ambiente durante 30 minutos. Posteriormente se prepara el suero mediante centrifugación a 500g durante 15 minutos. A continuación se procede a la inyección intradérmica del mismo en la cara volar del antebrazo.

La prueba se lee a los 30, 60 minutos, 6 y 24 horas, midiendo el diámetro longitudinal y transversal. Se considera positiva cuando el diámetro producido por el habón y el eritema es mayor de 1,5 mm que el producido por el control negativo.

La sensibilidad es de 65-71% y la especificidad del 81-78% según los estudio.

DURACIÓN

Recogida de datos durante seis meses (enero a junio)

Análisis de los datos durante los seis meses siguientes (julio a diciembre)

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0036

1. TÍTULO

RENTABILIDAD DE LAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS REALIZADAS A PACIENTES AFECTOS DE URTICARIA CRONICA

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 - 2016/0115

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Fecha de entrada: 26/10/2017

2. RESPONSABLE SARA FERNANDEZ LANDAZURI
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO
VALERO ADAN ADELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A) ESTUDIO DE LA DEMANDA DE LOS MARCADORES CARDÍACOS

La primera actividad realizada se encaminó a estudiar la demanda de los marcadores cardíacos en nuestro centro, con el fin de determinar la prevalencia de Síndrome Coronario Agudo (SCA) en nuestra población, así como la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de los biomarcadores cardiacos empleados en el SCA.

Se registraron retrospectivamente las peticiones relativas al perfil cardíaco realizadas durante el año 2016. Se elaboró un Excel con la correspondiente exportación de las pruebas cardiacas desde el Sistema de Información del Laboratorio (Modulab 2.2.06. Werfen S.A), registrándose el valor del biomarcador, la edad, sexo, departamento solicitante y el diagnóstico al alta (GRD) de los pacientes en la asistencia en la que se solicitó el perfil cardíaco, clasificándose con presencia o ausencia de SCA. El diagnóstico se consultó en la Historia Clínica Electrónica.

Se determinaron los niveles de troponina I, mioglobina y CK-MB masa por inmunoensayo quimioluminiscente (Access 2. Beckman Coulter) y los niveles de LDH y CK por espectrofotometría (Vitros 4600. Ortho Diagnostics). Los niveles de los marcadores cardíacos se determinaron en el momento basal de exploración, y en las posteriores horas de la aparición de los síntomas, clasificándose como marcador positivo o negativo.

B) ESTUDIO DEL COSTE DE LOS MARCADORES CARDÍACOS

La segunda actividad llevada a cabo fue el análisis económico de las pruebas del laboratorio para el diagnóstico de SCA.

Se solicitó al Servicio de Compras, el coste de los reactivos, calibradores, controles y el resto de suministros empleados para la determinación de las pruebas bioquímicas, con el objetivo de conocer el coste unitario de cada determinación en el año 2016.

Para conocer el coste unitario de cada determinación se imputan una serie de costes:

- Coste total del reactivo
- Coste del calibrador
- Coste del control de calidad
- Coste de consumibles y suministros (Wash buffer, cubetas de reacción, diluyentes, bolsa de residuos...).

Este coste se aplica calculando el coste total de los suministros en cada autoanalizador y dividido entre el número de pruebas que se realiza en este autoanalizador. En el caso del Access2 se realizan los tres biomarcadores: troponina, CKMB y mioglobina, por lo que se divide el coste total de suministros entre 3. Mientras que en el caso del Autoanalizador Vitros 4600, donde se analiza la CK y la LDH, se realizan 21 determinaciones bioquímicas, por lo que el coste total se divide entre 21.

En el cálculo de los coste unitarios se comente un sesgo puesto que existen una serie de costes, tanto directos como indirectos, que no se tienen en cuenta como son el tiempo invertido por el personal técnico y facultativo en la limpieza, mantenimiento, calibración y supervisión, los costes de luz, agua, de material de extracción (tubos de suero, agujas, vías).

C) DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se expusieron los resultados mediante el formato de Comunicación Oral en la XI Edición de las Jornadas Científicas del Hospital Obispo Polanco (Teruel). Con el fin de exponer la situación y conseguir un cambio en los hábitos de petición, adaptándonos al patrón nacional e internacional basado en la medición de la troponina cardíaca.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A) ESTUDIO DE LA DEMANDA DE LOS MARCADORES CARDÍACOS

Se registraron 1.702 pacientes (55% hombres. Edad 72 ±12 años) a los que se les solicitó el perfil cardíaco. El principal departamento solicitante es el Servicio de Urgencias (92%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0115

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

La prevalencia de SCA en nuestra población es de 6,17% (105/1.702). Dentro del SCA, la prevalencia de SCASEST es del 17%.

La capacidad discriminante de los biomarcadores cardíacos empleados es la siguiente:

	Punto de corte	Sensibilidad				
%	Especificidad					
%	VPP %	VPN %				
Troponina I (n:1.702)	0,04 ng/mL	89,5	80,3	88	83	
CKMB (n:1.679)	6 ng/mL	69,6	89,3	91,3	64,4	
Mioglobina (n:1.658)	70 ng/mL	52,4	78,3	79,5	50,5	
LDH (n:1.552)	313 U/L	54	78	79,8	82,6	
CK (n:1.684)	135 U/L	59,2	80,8	83,2	55,1	

Los datos proporcionados por el proveedor, Beckman Coulter, para el diagnóstico del IM con la determinación de la troponina I empleando como punto de corte el nivel de 0,04 ng/mL son los siguientes:

- < 8 Horas del inicio de síntomas: Sensibilidad de 86% (IC 95%: 79-90) y Especificidad del 94% (IC 95%: 92-95).
- > 8 Horas del inicio de síntomas: Sensibilidad de 88% (IC 95%: 82-93) y Especificidad del 93% (IC 95%: 91-94).

Nuestros datos de sensibilidad son concordantes a los del proveedor; sin embargo la especificidad obtenida es sustancialmente menor. Si el resultado cTnI es menor o igual de 0,04 ng/mL, hay un 83% de probabilidades de que el paciente no presente Síndrome Coronario Agudo y se deberá realizar un control evolutivo durante las siguientes 6 horas. Sin embargo, si el resultado de la cTnI es superior a 0,4 ng/mL, hay un 88% de probabilidades de que el paciente esté padeciendo un Síndrome Coronario Agudo.

En nuestro estudio encontramos un 18% de falsos positivos. Los principales falsos positivos asociados a la determinación de cTnI son los siguientes:

- 46,8% Patología cardíacas:
 - o 14,7% insuficiencia cardíaca
 - o 10,5% fibrilación auricular
 - o 21,6% otras: angina, cardiopatía, bloqueo aurículo-ventricular, bradicardia, taquicardia.
- 8,9% Patología pulmonar: EPOC, neumonía, insuficiencia respiratoria.
- 4,8% Dolor torácico inespecífico.
- 2,2% Rabdomiólisis.
- 1,9% Sepsis.
- 1,3% Accidente cerebrovascular.

Encontramos un 0,5% de falsos negativos. Los falsos negativos de la determinación de la cTnI pueden deberse a no haber esperado el tiempo necesario para observarse un incremento de sus valores en sangre según su cinética. Puesto que en el infarto de miocardio, los niveles de cTnI aumentan en las horas posteriores a la aparición de los síntomas cardíacos, alcanzando un máximo a las 12-16 horas, pudiendo permanecer elevada durante 4-9 días después del IM.

El resto de biomarcadores utilizados presentan una sensibilidad sustancialmente menor, por debajo de 70% en el mejor de los casos con la CKMB. Por lo que nuestros resultados son concordantes con las Recomendaciones. Es cierto, que en la determinación es clave la sensibilidad, puesto que un falso negativo puede ser mortal para el paciente.

B) ESTUDIO DEL COSTE DE LOS MARCADORES CARDÍACOS

El coste total de los marcadores cardíacos en el ejercicio 2016 supone 73.434,19 €, en el que 72.514,98 € corresponde al coste imputable al autoanalizador Access 2 (Beckman), donde se realiza la troponina, CKMB y mioglobina. El resto, 919,21 €, para el análisis de la LDH y CK.

Se calcularon los coste unitarios de cada determinación, asignándose el coste total de reactivo, calibrador, control de calidad y coste de consumibles y suministros. El cálculo del coste unitario se obtuvo al dividir el coste total entre el número de determinaciones que se realizaron para esas pruebas, siendo la suma no sólo de las peticiones, sino de las pruebas gastadas para calibración, control de calidad, mantenimiento o comprobaciones (Troponina: 3.478 determinaciones; Mioglobina: 3.434 determinaciones; CKMB: 3.455 determinaciones; LDH: 17.250 determinaciones; CK: 900 determinaciones).

	Costes (€)							
	Reactivo	Calibrador	CC	Suministros	Total	Unitario		
Troponina	14.981,47	0,00		2.414,45	6.119,65	23.515,57	6,76	
Mioglobina	14.981,47	1.180,68		2.414,45	6.119,65	24.696,25	7,19	
CKMB	14.981,47	787,60		2.414,45	6.119,65	24.303,17	7,03	
LDH	5.657,82	214,21	63,59	828,23	4.062,62	0,39		
CK	2.956,58	214,21	63,59	828,23	6.763,86	0,45		

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0115

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Tras realizar esta evaluación económica, el siguiente paso fue determinar la reducción de costes. En esta situación planteamos dos estrategias:

- Estrategia 1: Coste del perfil cardíaco implantado en nuestro centro, basado en la realización de los 5 biomarcadores (Troponina, Mioglobina, CKMB, LDH y CK). El coste total fue de 73.434,19 (€).
- Estrategia 2: Coste del perfil cardíaco centrado en las recomendaciones de las Sociedades Científicas, tanto a nivel nacional como internacional, que basan el diagnóstico bioquímico del SCA en la determinación de las troponinas cardioespecíficas. El coste total sería de 23.515,57 (€).
- Reducción de costes: Es la resta de la estrategia 1 menos la 2. El coste evitado al trabajar según las recomendación será de 49.918,62 (€).

Costes (€)	Estrategia 1	Estrategia 2	Reducción costes
Troponina I	23.515,57	23.515,57	
Mioglobina	24.696,25		
CKMB	24.303,17		
LDH	464,65		
CK	454,56		
Total	73.434,19	23.515,57	49.918,62

C) DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se obtuvo el premio a la mejor Comunicación Oral en las XI Jornadas Científicas del Hospital Obispo Polanco (Teruel). Tras informar de los resultados obtenidos en dicho aforo, se organizarán unas conferencias con las áreas clínicas peticionarias, gracias a la ponencia de cardiólogos expertos en el manejo de las troponinas ultrasensibles.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. El perfil cardíaco empleado en nuestro centro, basado en la determinación de troponina, mioglobina, CKMB, LDH y CK, está obsoleto y es necesario adaptarlo a las Recomendaciones actuales. Las cuales recalcan que no utilizar CK total ni su isoenzima 2 (CKMB), ni AST, ni LDH, ni mioglobina en el diagnóstico y manejo del paciente con Síndrome Coronario Agudo o sospecha de Infarto de miocardio.

2. Las troponinas cardiacas son el biomarcador de referencia para el diagnóstico del SCA/IM. Nuestra troponina alcanza el 89,5% de Sensibilidad, con un 80,3% de Especificidad VPP de 88% y VPN del 83%. No obstante, es interesante la implantación de las troponinas ultrasensibles, con el fin de mejorar la sensibilidad. El resto de biomarcadores no superar el 70% de sensibilidad.

3. El coste total del perfil cardíaco empleado es 73.434,19 €. Adaptando nuestro algoritmo clínico a las recomendaciones actuales evitaremos un coste de casi 50.000 € empleando esta tecnología, pudiéndolos emplear en la implantación de la troponina ultrasensible.

7. OBSERVACIONES.

Tras la divulgación de los resultados en las Jornadas Científicas del Hospital Obispo Polanco, y las oportunas sesiones y consenso con las áreas clínicas involucradas, procederemos a eliminar las pruebas obsoletas (LDH, CK, mioglobina y CKMB). Se impartirá formación sobre las características de la troponina ultrasensible, procediendo a su implantación y pactando con las áreas clínicas implicadas para la confección de los algoritmos cardíacos ajustando las horas para las determinaciones seriadas. Se irá valorando prospectivamente la demanda y el coste de los biomarcadores cardíacos en los próximos años, para ir detectando posibles áreas de mejoras.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/115 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0115

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Nº de registro: 0115

Título
PLAN DE MEJORA PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Autores:
FERNANDEZ LANDAZURI SARA, SANLLEHI VILA NURIA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, VALERO ADAN ADELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
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

En el 2012, el grupo de trabajo conjunto de la European Society of Cardiology (ESC), American College of Cardiology Foundation (ACCF), American Heart Association (AHA) y la World Heart Federation (WHF) publicaron una nueva actualización del Infarto de Miocardio (IM), definiendo el IM como la "Detección de un aumento y/o descenso de los valores de los biomarcadores cardíacos [preferiblemente troponina cardíaca (cTn)] con al menos uno de los valores por encima del percentil 99 del límite de referencia superior (LRS) y al menos uno de los siguientes parámetros":

- Síntomas de isquemia;
- Cambios significativos en el segmento ST-onda T nuevos o presumiblemente nuevos o bloqueo de rama izquierda nuevo;
- Desarrollo de ondas Q patológicas en el ECG;
- Evidencia por imagen de pérdida de miocardio viable o anomalías regionales en la motilidad de la pared de nueva aparición;
- Identificación de un trombo intracoronario mediante angiografía o autopsia.

Esta nueva actualización otorga un papel central a la determinación de troponina. En nuestro laboratorio, se implantaron en el 2003 los biomarcadores cardíacos. En el 2012 se formó un equipo multidisciplinar formado por facultativos de Análisis Clínicos, Medicina Interna, Urgencias, Cardiología y Unidad de Cuidados Intensivos, quienes elaboraron un algoritmo de petición de pruebas de laboratorio en función de la anamnesis, exploración y Electrocardiograma. El número de determinaciones de biomarcadores cardíacos ha ido aumentando, de hecho durante el 2015 se realizaron 2862 determinaciones de Troponina, 2862 de Mioglobina, 2888 de CKMB, 2888 de Lactato Deshidrogenasa (LDH) y 2888 de Creatin kinasa (CK). Con ello detectamos una demanda repetitiva en la petición de biomarcadores cardíacos para el diagnóstico y seguimiento del IM, cuando pueden ser resueltos, la mayoría de los casos, con la determinación de la troponina cardíaca, en nuestro caso la isoforma I.

Nuestra propuesta es evaluar el grado de adherencia al protocolo previamente elaborado, y proponer posibles algoritmos de mejora que permitan diagnosticar y seguir a los pacientes que padecen o pueden padecer un IAM. El diagnóstico definitivo lo conseguiremos a través de la información proporcionada de los Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD), de forma que podamos evaluar la efectividad de las pruebas diagnósticas.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es aumentar la efectividad en la petición e interpretación de los biomarcadores cardíacos a través de la determinación de la troponina I.

Para ello, es fundamental proponer un protocolo de trabajo que permita diagnosticar y seguir a los pacientes, a la vez que evite la realización de pruebas innecesarias.

MÉTODO

1.Realizar una evaluación de la situación actual a través de un análisis de coste-efectividad, planteando dos alternativas para diagnosticar y seguir a los pacientes con IAM:

- A) Práctica clínica habitual, determinando el número de determinaciones de los biomarcadores Troponina, CKMB, Mioglobina, LDH y CK realizadas.
- B) Alternativa clínica, determinando la Troponina I en el seguimiento.

2.Seleccionar las posibles causas por las que se incumple el algoritmo establecido previamente.

3.Definir un nuevo algoritmo, si es necesario, que permita diagnosticar y seguir a los pacientes, y fomentar el cambio en los hábitos o patrones de solicitud de las peticiones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0115

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD EN EL DIAGNOSTICO BIOQUIMICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

INDICADORES

Para la evolución coste-efectiva, planteamos utilizar como indicador de costes, el coste de las pruebas bioquímicas, y como indicadores de efectividad el diagnóstico al alta a través de los GRD.

Se propone realizar un análisis de la situación antes de iniciar el proyecto, con objeto de valorar las alternativas en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes.

La evaluación se realizará a través del seguimiento en el tiempo de modificaciones en la petición de biomarcadores cardíacos para obtener el mismo objetivo que es identificar precozmente a los pacientes que sufren o pueden sufrir un IAM, así como un correcto seguimiento de los mismos.

DURACIÓN

La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es un año.

-Septiembre-Diciembre 2016: Análisis de la situación actual, estudio coste-efectivo.

-Enero 2016: Buscar las causas de incumplimiento del algoritmo propuesto previamente.

-Febrero-Mayo: plantear un protocolo alternativo para mejorar la efectividad de las pruebas del laboratorio.

-Junio-Septiembre 2016: Elaborar un informe en el que se evalúen los objetivos obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
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 - 2016/0877

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA PREANALITICA EN LOS CENTROS DE EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS PERIFERICA, DEPENDIENTE DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE NURIA SANLLEHI VILA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES
MARTIN GOMEZ MARIA LUISA
VILLARROYA SALESA MARIA CARMEN
GRACIA ARNAL MARIA GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1 -Se han contabilizado retrospectivamente las incidencias relacionadas con las muestras procedentes de los Centros de Salud (AP).
2 -Se han analizado los datos de la información obtenida.
3 -Visitas al Centro de Salud Ensanche para entender in situ el motivo de errores detectados en algunos procesos que dificultan el flujo de trabajo del laboratorio.
4 -Consultas telefónicas con responsables de AP para valorar modificaciones relacionadas con el volante de petición generado por OMI-AP que podría aportar mejoras.
5 -Reunión del equipo para comentar las dificultades encontradas con las que no se contó al diseñar el proyecto y proponer soluciones, entre las que destacan:
· La dificultad de extraer exactamente los datos propuestos en el proyecto. No es posible diferenciar ciertos datos agrupados.
· No validez de los datos recabados de orinas de 24H. Están falseados durante ese periodo por necesidad operativa, debido al compromiso del laboratorio con Dirección y AP de implantar el cociente albúmina/creatinina en orina de micción aislada para el seguimiento de la función renal del paciente diabético en AP.
El hecho de crear una prueba en el S.I.L (sistema informático del laboratorio) sin estar creada previamente en el programa OMI-AP y la necesidad de dar respuesta a esa necesidad sin tener resuelta la forma de petición, generó que los médicos de AP solicitaran dicha prueba informáticamente como microalbuminuria (orina de 24H), de manera que en la peticiones de microalbuminuria reales se escribía a mano la diuresis y en las peticiones de cociente albúmina creatinina se solicitaba con una anotación. Al comprobar las muestras que no coincidían con la petición: petición (orina 24H) y muestra orina de micción aislada, había que comprobar que se solicitaba un albúmina/creatinina y no se trataba de una muestra de orina de 24H que el paciente hubiese recogido mal o no hubiera traído. Asimismo al saber que no llegaría el resultado, se mantenía la petición y en el campo de la diuresis, y se remitía un mensaje al médico indicándole que podía acceder al resultado a través de INTRALAB. El proceso era costoso al tener que consultar repetidamente el volante original en el scanner, además de entorpecer el flujo de trabajo.
· No existencia de un criterio uniforme a la hora de introducir incidencias: contenedor, prueba; además varias de ellas están multiplicadas expresando la misma situación, por lo que el análisis es inviable.
· Se acordó estudiar las necesidades actuales para realizar las modificaciones pertinentes en el S.I.L. y valorar modificar el proyecto de raíz para obtener resultados satisfactorios que minimicen las incidencias que se producen habitualmente para mejorar los procesos que afectan tanto al paciente a distintos niveles como al funcionamiento del laboratorio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No procede al no reflejar la realidad y no haber continuado el estudio. Hay que tener presente que los centros de salud una vez incorporado el cociente albúmina/creatinina en el programa OMI-AP tampoco disponían todos de etiquetas por lo que la adaptación fue gradual. Los últimos en cambiar a las nuevas etiquetas lo hicieron en diciembre de 2017.
Asimismo tampoco por la necesidad de adaptar el programa informático del laboratorio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Lecciones aprendidas:

Antes de iniciar un proyecto hay que estudiar bien la viabilidad y los instrumentos necesarios para llevarlo a cabo.
Hemos encontrado debilidades técnicas y operativas que no nos habíamos planteado antes y que es necesario subsanar.

Conclusiones:

- Hay que adaptar las herramientas de que disponemos a las necesidades actuales. Es pertinente hacer modificaciones en parámetros del S.I.L que nos permitan obtener con exactitud los indicadores que precisamos.
- Unificar los criterios de rechazo de muestras u otras incidencias para facilitar la gestión informática de datos.
- Dado que tras consultarlo, somos concededores de que este proyecto no puede modificarse radicalmente: colaboradores y contenido, entendemos que para llevarlo a cabo hay que darlo por concluido y rediseñar uno

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0877

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA PREANALITICA EN LOS CENTROS DE EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS PERIFERICA, DEPENDIENTE DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

nuevo salvando las dificultades que nos encontramos con el primero y desarrollando más algunos aspectos que lo van a mejorar.

- Es preciso involucrar a los profesionales implicados en la obtención, preparación y envío de las muestras desde los Centros de Salud para que el proyecto cumpla las expectativas que tenemos.

7. OBSERVACIONES.

Disponemos de un documento planteando la modificación del proyecto con el mismo nº en el que se exponen las dificultades halladas y necesidad de reformarlo en todas sus dimensiones, que si es preciso se puede aportar. No se ha remitido al saber que esa opción no es posible y hay que cerrar el presente y solicitar uno nuevo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/877 ===== ***

Nº de registro: 0877

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA PREANALITICA EN LOS CENTROS DE EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS PERIFERICA, DEPENDIENTE DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
SANLLEHI VILA NURIA, VALERO ADAN ADELA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, FERNANDEZ LANDABURU SARA, HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES, MARTIN GOMEZ MARIA LUISA, VILLARROYA SALESA MARIA CARMEN, GRACIA ARNAL MARIA GLORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Habitualmente nuestro laboratorio sufre incidencias con las muestras derivadas de los centros de extracción y recogida de muestras periféricas, que pueden tener numerosas consecuencias. Ejemplo de estas incidencias son: muestras enviadas parcialmente (al enfermo se le extrae sangre pero olvida traer la muestra de orina ó recoge una muestra de orina de 24 horas cuando debiera ser de primera hora), extracciones dificultosas ó mala colaboración del paciente etc.
Todo ello deriva en perdidas de tiempo y esfuerzos vanos en la búsqueda de estas muestras con la posibilidad de segundas extracciones, nuevas recogidas de muestra....

RESULTADOS ESPERADOS
1. Garantizar la seguridad y el bienestar del paciente
2. Optimizar los procesos del laboratorio, las muestras problemáticas dificultan el flujo de trabajo
3. Mejorar la preanalítica de cara a los pacientes como a los médicos peticionarios

MÉTODO
Establecer vías de comunicación bidireccional Laboratorio - Periféricos
- Informar en centros periféricos (reuniones, visitas programadas)
- Implantación de un registro de incidencias y soluciones

INDICADORES
Porcentaje de :
Falta muestra de suero, orina y heces
Muestras mal identificadas
Muestras mal recogidas

DURACIÓN
INICIO DEL PROYECTO ENERO 2017
FINALIZACION DEL PROYECTO JUNIO 2017
- Contabilización retrospectiva de las incidencias (agosto-diciembre 2016)
- Toma de contacto con los centros de salud, proceso de información e implantación del registro de incidencias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0877

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA PREANALITICA EN LOS CENTROS DE EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS PERIFERICA, DEPENDIENTE DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

(Enero 2017)

- Recopilación y análisis de incidencias tras la puesta en marcha del proyecto (febrero-junio 2017).
- Exposición pública de los resultados (Jornadas Científicas Obispo Polanco)

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 - 2016/1762

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE ALEJANDRO ALVAREZ LOPEZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANLLEHI VILA NURIA
VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO
MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO
FERNANDEZ LANDAZURI SARA
VALERO ADAN ADELA
HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se crea una ETIQUETA especial para pegar en tubo de orina de vacío de tapón amarillo, exclusiva para la determinación de magnitudes bioquímicas en orina de micción aislada. Etiqueta con prefijo 37 denominada (Ori 1ª hora BQ).

2. Se configura el analizador Beckman Coulter AU5800 para realizar las pruebas Albúmina y Creatinina en orina de micción aislada en contenedores de orina con etiquetas prefijo 37 y 25.

3. En el programa de gestión de laboratorio Modulab-Gold, se crea el CONTENEDOR: Orina 1º hora bioquímica. Se configuran para ese contenedor las pruebas: Albúmina orina 1ª hora y Creatinina Orina 1ª hora y el cociente Albúmina / Creatinina expresado en miligramos albúmina/gramo creatinina (mg/g).

Modulab emite como resultados:

- Concentración de albúmina en orina de primera hora: Ori-Albúmina con unidades miligramos/Litro (mg/L).
- Concentración de creatinina en orina de primera hora: Ori-Creatinina, con unidades miligramos/decilitro (md/dL).

• Cociente albúmina/creatinina en orina de primera hora con unidades mg_albúmina/g_Creatinina.

La técnica de cuantificación de albúmina en orina tiene un límite inferior de cuantificación de 7 mg/L. Todos aquellos pacientes con resultado inferior a esa cifra, tendrán como resultado <7 mg/L. El valor del cociente albúmina/creatinina en pacientes con albúmina por debajo del límite inferior de cuantificación, se informará como <30 mg/g.

4. Se crea la PRUEBA. Estimación del filtrado glomerular, utilizando la ecuación del MDRD-4 IDMS. Se precisa para que se pueda dar resultado que el peticionario solicite la determinación de Creatinina en suero y que en los demográficos del paciente figure la fecha de nacimiento, ya que la fórmula estima el filtrado glomerular en función de la creatinina sérica y de la edad del paciente.

Los resultados se expresan en mL/min/1.73 m². Si el resultado es superior a 60 mL/min/1.73 m², en el informe aparecerá como resultado >60, ya que la ecuación de estimación MDRD 4- IDMS es imprecisa para valores de filtrado superiores a 60. Adicionalmente, en el informe aparece la siguiente información: Resultados emitidos en pacientes supuestamente de raza blanca. Los valores de F.G. estimado >60 mL/min/1.73 m² son imprecisos.

- 30-59 F.G. estimado indica ERC estadio 3
- 15-29 F.G. estimado indica ERC estadio 4
- <15. F.G. estimado indica ERC estadio 5

No es recomendable su uso en pacientes ingresados con sueroterapia.

No se debe solicitar en: Pacientes con edad <18 años, pacientes embarazadas, pacientes con peso corporal extremo (IMC<19 kg/m² o >35 kg/m²) o con malnutrición o alteraciones de la masa muscular o amputaciones o hepatopatías graves o fracaso renal agudo.

5. OMI: Se reconfigura la hoja del peticionario de pruebas al laboratorio, incluyendo dos nuevas: Cociente albúmina/creatinina y Estimación del filtrado glomerular.

6. Se verifica que OMI y Modulab se comunican. Las pruebas pedidas vía OMI aparecen solicitadas en Modulab y que los resultados enviados por Modulab, aparecen en la página correspondiente en OMI, siendo visibles por el médico peticionario.

7. Se rediseñan las etiquetas pre impresas de identificación de paciente, de modo que en cada hoja de etiquetas existan dos para orina de micción aislada, la que ya había (prefijo 25; Orina 1ª hora), destinada al tubo de orina para la realización del sistemático de orina y del sedimento, y la nueva (Orina 1ª hora bioquímica; prefijo 37) destinada a las determinaciones bioquímicas en orina de micción aislada.

8. Se comienza a distribuir bloques de hojas de etiquetas preimpresas con la nueva etiqueta exclusiva para estas determinaciones. La distribución de las mismas se realiza de modo progresivo, conforme los centros de salud consuman las etiquetas preimpresas de las que disponen, y evitar así el gasto que supone desecharlas. Se comienza a implantar los nuevos bloques de etiquetas preimpresas por los centros de salud con mayor volumen de muestras: Centro de Salud Teruel Centro y C.S. Teruel-Ensanche.

9. Se diseña un protocolo de actuación para aquellos centros que aún no disponen de las nuevas etiquetas pre impresas.

Protocolo temporal para centros que no dispongan de etiquetas nuevas.

Instrucciones para Médicos de atención primaria: Se evitará durante este periodo transitorio hasta la llegada de nuevas etiquetas pedir simultáneamente en una misma petición la determinación del cociente albúmina/creatinina y el sistemático de orina y sedimento. Si por motivos clínicos fuese necesario realizar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1762

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA

las dos determinaciones, se abrirían dos peticiones diferentes en OMI, una para el cociente y otra para el básico de orina.

Instrucciones para Enfermería y personal encargado de la recogida de muestras en centro de salud. Las muestras de orina, recogidas en tubo de vacío de tapón amarillo, se identificarán con la etiqueta correspondiente a orina de primera. Si el médico de atención primaria ha considerado necesaria la realización simultánea del básico de orina y del cociente albúmina/creatinina, el paciente tendrá dos peticiones de OMI, en una de las cuales, entre otras pruebas, estará el básico de orina y otra petición con el cociente albúmina/creatinina. Se identificarán con números consecutivos. Se ha de prestar especial atención a la hora de etiquetar estas muestras para evitar que se crucen las peticiones e identificar correctamente cada tubo con cada volante.

Protocolo de petición con etiquetas nuevas:

Sustituye al anterior en aquellos centros que ya disponen de nuevas etiquetas.

Instrucciones para Médicos de atención primaria: Se marcará en OMI la casilla correspondiente al Cociente albúmina/creatinina. Se recuerda que ya no es necesario marcar la casilla de la petición "microalbuminuria". Si se considera pertinente, se puede pedir simultáneamente básico de orina y sedimento en la misma petición OMI que el cociente albúmina/creatinina.

Instrucciones para Enfermería y personal encargado de la recogida de muestras en centro de salud: Se recogerán las muestras de orina en tubos de vacío de tapón amarillo específicos para este tipo de muestras. Si se pide básico de orina, se identificará el tubo con la etiqueta "Orina 1ª hora". Si se solicita cociente albúmina/creatinina, se identificará con la etiqueta "Orina 1ª hora Bioquímica". Si se piden ambas determinaciones, se recogerán dos tubos identificando cada uno de ellos con la etiqueta correspondiente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los nuevos bloques de etiquetas preimpresas en los que aparece la etiqueta diseñada para determinaciones bioquímicas en orina de primera hora van distribuyéndose por los Centros de Salud de manera progresiva. La siguiente tabla, resume el cronograma de comienzo de uso de las nuevas etiquetas:

CENTRO DE SALUD FECHA INICIO NUEVAS ETIQUETAS

C. S. TERUEL CENTRO	ENERO 2017
C. S. TERUEL ENSANCHE	ENERO 2017
C. S. CALAMOCHA	ENERO 2017
C. S. MONREAL	ENERO 2017
C. S. UTRILLAS	ENERO 2017
C. S. SANTA EULALIA	FEBRERO 2017
C. S. MORA DE RUBIELOS	FEBRERO 2017
C. S. SARRIÓN	MARZO 2017
C. S. ALBARRACIN	ABRIL 2017
C. S. VILLEL	ABRIL 2017
C. S. MOSQUERUELA	JUNIO 2017
C. S. ALFAMBRA	AGOSTO 2017
C. S. ALIAGA	DICIEMBRE 2017
C. S. BÁGUENA	DICIEMBRE 2017
C. S. CEDRILLAS	DICIEMBRE 2017
C. S. CELLA	DICIEMBRE 2017

SEGUIMIENTO DEL NÚMERO DE PETICIONES POR CENTRO DE SALUD. EVOLUCIÓN TEMPORAL

Comparación con peticiones de orina de 24 horas desde atención primaria.

La siguiente tabla muestra la variación entre 2016-2017 en dos periodos de tiempo similares (marzo-diciembre) en la demanda de determinaciones en orina de 24 horas en los centros de salud que envían muestras a nuestro laboratorio y la demanda en el citado periodo de determinación del cociente albúmina/creatinina.

ORINAS 24 HORAS CENTRO DE SALUD	COCIENTE ALBUMINA / CREATININA		DISMINUCIÓN (%)
	2016	2017	
ADEMUZ 33	8	75,8	61
C. S. ALBARRACIN	149	19	87,2
C. S. ALFAMBRA	176	28	84,1
C. S. ALIAGA	68	3	95,6
C. S. BÁGUENA	98	3	96,9
C. S. CALAMOCHA	251	42	83,3
C. S. CANTAVIEJA	2	1	50,0
C. S. CEDRILLAS	42	1	97,6
C. S. CELLA	59	4	93,2
C. S. MONREAL	165	11	93,3
C. S. MORA DE RUBIELOS	49	13	73,5
C. S. MOSQUERUELA	34	1	97,1
C. S. SANTA EULALIA	110	3	97,3
C. S. SARRIÓN	100	15	85,0
C. S. TERUEL CENTRO	427	33	92,3
C. S. TERUEL ENSANCHE	466	58	87,6
C. S. UTRILLAS	249	34	86,3

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1762

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA

C. S. VILLEL	37	6	83,8	113
TOTAL	2515	283	88,7	3937

Se observa una notable reducción en el número de orinas de 24 horas solicitadas desde atención primaria. Se pasó de un total de 2515 en 2016 a 283 en el mismo periodo de 2017. Es decir, una reducción total de 2232 determinaciones en orina de 24 horas. Esto supone una reducción del 88,7 %. Hay por tanto un elevado número de pacientes que se benefician de la creación de esta nueva prueba, con las facilidades en la recogida de muestra que implica, así como las ventajas en punto de recepción de muestras del Centro de Salud, durante el transporte de las mismas y en el laboratorio.

Por otra parte, el número de peticiones de determinación del cociente albúmina/creatinina en orina de micción aislada fue de 3937. Esto supone un incremento total de 1705 peticiones de orina al laboratorio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Como era de esperar tras la creación de una nueva prueba, se ha producido una gran demanda de la misma. Se ha de hacer hincapié en la necesidad de que la dinámica de petición de este tipo de pruebas se ciña al algoritmo recomendado en la Guía de manejo del paciente diabético "Programa de atención integral. Diabetes Mellitus" de 2014

- Durante el periodo transitorio hasta la entrada en funcionamiento de las nuevas etiquetas, se observaron desajustes en las peticiones en aquellos pacientes a los que se les pedía simultáneamente básico de orina y cociente albúmina/creatinina en orina de micción aislada. El médico peticionario, siguiendo el protocolo establecido, creaba dos peticiones de OMI, una conteniendo entre otras pruebas solicitadas el básico de orina, y otra con el cociente albúmina/creatinina. Se observó con relativa frecuencia un error en el proceso de etiquetado de muestras y volantes OMI tras el proceso de extracción y recogida de orina en los centros de Salud. Se producía un cruce de etiquetas entre los tubos de una petición y las pruebas solicitadas vía OMI de la otra, hecho que generaba problemas en el laboratorio. Para resolver estos errores, se reclama una mayor atención en los puntos de extracción de muestras.

- La ecuación utilizada para la estimación del filtrado glomerular es MDRD-4-IDMS. Se recomienda su cambio por CKD-EPI, que presenta resultados más aproximados al valor real en pacientes en estadios iniciales de insuficiencia renal, es decir, aquellos que presentan valores de filtrado glomerular comprendidos entre 60 y 90 mL/min/1.73 m².

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1762 ===== ***

Nº de registro: 1762

Título
IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, SANLLEHI VILA NURIA, VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO, MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO, FERNANDEZ LANDAZURI SARA, VALERO ADAN ADELA, HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Entre las estrategias y programas de salud del SALUD figura la "Estrategia en diabetes", basada en un documento de 2012 del Ministerio de Sanidad, cuya transposición a la Comunidad Autónoma de Aragón, dio lugar al "Programa de atención integral. Diabetes Mellitus" elaborado en 2014. En el apartado SP-3 del mismo, titulado "Seguimiento del paciente diabético: Prevención, detección y Atención a complicaciones crónicas y descompensaciones agudas", se incluye en el epígrafe 3.5 el procedimiento de nefropatía diabética. En él se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1762

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA

describe el procedimiento de cribado, de detección precoz y actuación ante la nefropatía diabética, algoritmo en el cual se incluyen varias pruebas de laboratorio. Estas pruebas, que ya se realizaban en nuestro laboratorio en muestra de orina de 24 horas, son la determinación de albúmina y determinación de creatinina en orina de micción aislada y la determinación del cociente entre ambas magnitudes. Asimismo, se pedía emitir una estimación del filtrado glomerular a partir de los valores de creatinina sérica utilizando una de las ecuaciones de estimación del filtrado glomerular existentes: (MDRD-4). Adicionalmente, estos parámetros constituyen uno de los indicadores de calidad (o de actividad) de atención primaria.

Hasta este momento, el seguimiento de la función renal en atención primaria se viene realizando mediante pruebas en orina de 24 horas, con las cuales se determinaba la funcionalidad renal mediante el aclaramiento de creatinina y la existencia de daño mediante la presencia de proteínas en orina, mal denominada "microalbuminuria" cuantificando su eliminación en 24 horas. Estas técnicas, consideradas de referencia, basan su fiabilidad en la correcta y completa recogida de la orina durante un periodo de 24 horas. Esta recogida puede ser dificultosa en pacientes de edad avanzada y puede ser fuente de error si no es correcta.

Las más recientes guías clínicas (KDIGO 2014) avalan sustituir las pruebas en orina de 24 horas por pruebas en orina de micción aislada y estimación del filtrado glomerular mediante fórmulas basadas en niveles de creatinina sérica, sexo, edad y raza

RESULTADOS ESPERADOS

Se propone un proyecto para implementar el seguimiento de la función renal en paciente diabético en atención primaria, mediante la valoración del cociente albúmina/creatinina en orina de micción aislada y la estimación de la filtración glomerular mediante MDRD-4, de acuerdo a las directrices del Programa de atención integral Diabetes Mellitus.

MÉTODO

Se han de realizar las siguientes tareas:

- Adecuación del autoanalizador para la realización de las pruebas. Creación de pruebas
- Adecuación del etiquetado de los tubos de muestra
- Creación de las pruebas en el programa SIL del laboratorio (Modulab-gold)
- Creación de las pruebas en programa OMI.
- Conexión OMI-Modulab-gold
- Entrenamiento del personal implicado en el proceso, desde el origen (Petición por el médico de atención primaria), hasta el final del proceso (Recepción de resultados)
- Seguimiento de la implantación del programa.

INDICADORES

El seguimiento de la implantación de las nuevas pruebas se realizará cuantificando el número de pruebas pedidas por los diferentes centros de salud y comparándolas con el volumen de las pruebas a las que estas nuevas sustituyen que se realizaron en periodos similares en años anteriores. Se hará también seguimiento de peticiones incorrectas, considerando incorrectas aquellas peticiones que soliciten la determinación simultánea de las pruebas recién creadas y de las pruebas en orina de 24 horas.

DURACIÓN

Se plantea la realización del proceso de implantación de las nuevas pruebas durante un año.

Calendario previsto:

- Septiembre 2016: Acondicionamiento del autoanalizador para la realización de las nuevas pruebas.
- Octubre 2016: Creación de nuevas pruebas medidas y pruebas calculadas en el programa S.I.L. de laboratorio ModuLab Gold.
- Noviembre 2016. Creación de las nuevas pruebas en OMI.
- Diciembre 2016. Verificación de la conexión Modulab con OMI. Verificar que las peticiones realizadas vía OMI se registren en Modulab y que los resultados enviados por Modulab sean visibles en OMI.
- Diciembre 2016-Enero 2017. Formación del personal en Centros de Salud para la petición de nuevas pruebas: Médicos de atención primaria. Adecuada petición en OMI. Personal de Enfermería y auxiliares: correcta recogida y etiquetado de las muestras.
- Febrero 2017: Inicio de petición electrónica vía OMI de las nuevas pruebas
- Febrero 2017-junio 2017: Coexistencia de peticiones OMI con las pruebas de nueva creación con peticiones OMI solicitadas con anterioridad a febrero 2017 con pruebas en orina 24 horas.
- Febrero 2017 - Diciembre 2017. Implantación paulatina de las etiquetas preimpresas en los distintos centros de extracción periféricos.
- Febrero 2017-Diciembre 2017. Seguimiento y evaluación del proceso.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1762

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ESTIMACION DEL FILTRADO GLOMERULAR Y DEL COCIENTE ALBUMINA/CREATININA EN ORINA DE MICCION AISLADA PARA EL SEGUIMIENTO DE LA FUNCION RENAL DEL PACIENTE DIABETICO EN ATENCION PRIMARIA

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 - 2016/0367

1. TÍTULO

INFORME DE VIA AEREA DIFICIL PARA EL PACIENTE

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE FERNANDO MURCIANO GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARMAS TOVAR GUSTAVO ADOLFO
BUENO COSIO OLGA MARIA
CAÑIZARES MOTA ELSIE
CONESA MARIN VICENTE
GUTIERREZ RUEDA ENCARNACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Recogida de datos de dificultad en el manejo de la vía aérea de los pacientes sometidos a anestesia general, con copia en su historia clínica y entregando una copia al mismo.
La hoja tiene una serie de items que hay que marcar según los indicadores de dificultad prevista tanto para la ventilación con mascarilla facial como para la dificultad encontrada durante la intubación endotraqueal, colocación de dispositivos supraglóticos o realización de vía aérea quirúrgica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El standard marcado era la realización de un hoja de control de vía aérea a todos los pacientes en los que se sospechaba vía aérea difícil y en los que se encontraba una vía aérea difícil no sospechada
Hemos recogido datos del 98% de los pacientes, perdiendo un 2% de los pacientes por falta de cumplimentación de la hoja.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es fundamental la valoración inicial de la vía aérea, la planificación de diferentes planes para el abordaje de la misma, así como dejar constancia por escrito de las dificultades surgidas y su manejo.
Hemos visto pacientes en la consulta preanestésica con su hoja cumplimentada que nos ha permitido un mejor abordaje y una mejor planificación.
Debería instaurarse una hoja similar en todos los pacientes del SALUD para apoyar la toma de decisiones, así como entregar una hoja, o mejor una tarjeta de notificación de vía aérea difícil para que los pacientes puedan entregarla a su médico responsable.

7. OBSERVACIONES.
Puedo mandar la hoja de datos que hemos realizado para su control en otros hospitales.
Se puede ampliar este proyecto de calidad a toda la comunidad autónoma y se debería valorar la implantación de una tarjeta de vía aérea difícil, porque puede ayudar a reducir la morbimortalidad en el manejo de la vía aérea.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/367 ===== ***

Nº de registro: 0367

Título
INFORME DE VIA AEREA DIFICIL PARA EL PACIENTE

Autores:
MURCIANO GARCIA FERNANDO, GUTIERREZ RUEDA ENCARNACION, IZQUIERDO PALOMARES ANA, RUBIO JIMENEZ CONCEPCION, PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO, GARAFULLA GARCIA JESUS, RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO, DELGADO NAVARRO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0367

1. TÍTULO

INFORME DE VIA AEREA DIFICIL PARA EL PACIENTE

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La dificultad para el manejo de la vía aérea supone la mayor causa de mortalidad atribuible a la anestesia, así como morbilidad derivada de la hipoxia que supone una dificultad o retraso en la intubación, riesgo de broncoaspiración o de lesiones pulmonares, traqueales, de orofaringe o de piezas dentarias por intentos repetidos o traumáticos.

Por ello la entidad conocida como vía aérea difícil (VAD) supone un reto en nuestro trabajo diario. Desde la consulta de anestesia identificamos marcadores que pueden sugerir una VAD como son el Mallampati, la distancia tiromentoniana, distancia interdentaria, distancia esternomentoniana, el test de la mordida, el ángulo de extensión cervical o el estado de la piezas dentarias... pero a pesar de ello nos encontramos en ocasiones con una VAD inesperada o en el otro extremo con una VAD prevista que no resulta serlo. Por ello la mayor garantía de que no existen dificultades para la IOT resulta conocer cómo se desarrollo una intubación previa y si se precisaron dispositivos especiales como fibroscopio, laringoscopio óptico, guías de intubación o mascarillas laringeas.

Asimismo otro dato vital para nuestro trabajo diario es poder ventilar a estos pacientes lo cual condiciona que la VAD pueda convertirse en una emergencia vital, un paciente que no sea intubable ni ventilable.

Existen condicionantes que dificultan la ventilación con mascarilla facial como son el cuello grueso, la edad, el paciente edéntulo o el paciente obeso. La dificultad ventilatoria en el paciente anestesiado se cuantifica con la escala de Han. Nuestro problema a resolver consiste en que aunque nosotros reflejemos en la gráfica de anestesia dichas dificultades para próximas intervenciones si nuestro paciente se ha intervenido en otro centro no tenemos acceso a ella e igualmente si es derivado desde Teruel a un hospital de tercer nivel tampoco tendrían acceso a su historial médico. Lo mismo si se interviene de urgencias y no llega a tiempo la historia antigua. Así que si nuestros pacientes con VAD portan el documento que refleja las dificultades que existieron y con qué dispositivo fueron solucionadas supondrá menos intentos de IOT infructuosos, menos ansiedad para el anestesiólogo y si lo requiriese programar una intubación despierto con fibroscopio

RESULTADOS ESPERADOS

Que todo paciente con un antecedente de intubación dificultosa tenga un informe en su poder en el que se explique cómo se solventaron las dificultades y mediante qué dispositivo para el correcto manejo de la VAD. Asimismo aquellos pacientes con marcadores externos que predicen una intubación dificultosa y que se constata que tienen un grado I o II en la escala Cormack-Lehane (escala que describe cómo se visualiza la glotis tras una laringoscopia directa) dejen de ser etiquetados como VAD

MÉTODO

Diseñamos un documento titulado "informe del paciente con via aérea difícil", en el que se recoge: Una etiqueta identificativa y datos antropométricos como edad, talla y peso. Teniendo en cuenta que la misma persona en el transcurso de su vida condicionada por la obesidad, cirugía de cara o cuello, radioterapia o la artrosis puede pasar de no ser VAD a serlo. Se recogen los "condicionantes de vía aérea difícil" o factores que pudieran dificultar la ventilación. Finalmente titulado como "resolución de vía aérea difícil" se detalla el grado de dificultad para la ventilación en la escala de Han y las técnicas de intubación. Entre dichas técnicas están reflejados todos los dispositivos de manejo de VAD con los que contamos

INDICADORES

Es difícil evaluar a posteriori las veces en las que resulta útil dicho documento. Nuestro hospital muchas veces es un sitio de tránsito de personas que veranean en esta zona y no tenemos acceso a lo ocurrido en cirugías posteriores. Les insistimos al paciente y los familiares de la necesidad de aportar dicho documento cada vez que se enfrenta a una cirugía o sea interrogado por un anestesista, así como es importante confesar las alergias medicamentosas

DURACIÓN

Dicho documento está sujeto a remodelación conforme puedan aparecer en el mercado nuevos dispositivos o las propias guías de actuación ante la VAD sean modificadas

OBSERVACIONES

Las propias guías de manejo de la VAD difieren inicialmente entre una VAD conocida y una imprevista, ya que el algoritmo de decisión difiere desde el inicio es de suma importancia que tanto el paciente como todo profesional que le atienda conozca dicha circunstancia.

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: 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 - 2016/1765

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACTUACION ANTE PROCESOS RAROS Y POTENCIALMENTE LETALES MEDIANTE SIMULACIONES EN UN SERVICIO DE ANESTESIA: GESTION DE LA HIPERTERMIA MALIGNA EN EL AREA QUIRURGICA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE GUSTAVO ADOLFO ARMAS TOVAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO COSIO OLGA MARIA
NINA COLQUE NAYRA LUPE
HERRERO MIGUEL ANA MARIA
CONESA MARIN VICENTE JOSE
CAÑIZARES MOTA ELSIE CARIDAD
RUBIO JIMENEZ CONCEPCION
RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
sesión clínica sobre la hipertermia maligna, su manejo clínico y tratamiento

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
realización de un protocolo de prevención y manejo.
revisión de la dotación de material necesario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
se estan alcanzando los objetivos planteados segun cronograma de actuación.

7. OBSERVACIONES.
esta pendiente la realización de un simulacro de actuación con todo el personal sanitario del area quirurgica.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1765 ===== ***

Nº de registro: 1765

Título
MEJORA DE LA ACTUACION ANTE PROCESOS RAROS Y POTENCIALMENTE LETALES MEDIANTE SIMULACIONES EN UN SERVICIO DE ANESTESIA: GESTION DE LA HIPERTERMIA MALIGNA EN EL AREA QUIRURGICA

Autores:
ARMAS TOVAR GUSTAVO ADOLFO, BUENO COSIO OLGA MARIA, NINA COLQUE NAYRA LUPE, HERRERO MIGUEL ANA MARIA, CONESA MARIN VICENTE JOSE, CAÑIZARES MOTA ELSIE CARIDAD, RUBIO JIMENEZ CONCEPCION, RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Hipertermia Maligna es una de las patologías neuromusculares asociadas a alteraciones genéticas, su incidencia en nuestro medio es desconocida, pero conlleva consecuencias fatales sin un adecuado tratamiento. Por eso en la Declaración de Helsinki de 2010 sobre la seguridad del paciente en anestesiología, se estableció la necesidad de disponer de protocolos y recursos para su gestión. De acuerdo con estos estándares internacionales para una práctica segura de la anestesia, y para contribuir a la mejora de la calidad asistencial, se requiere la implantación de guías para un adecuado diagnóstico y tratamiento en casos sospechosos de Hipertermia Maligna.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1765

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACTUACION ANTE PROCESOS RAROS Y POTENCIALMENTE LETALES MEDIANTE SIMULACIONES EN UN SERVICIO DE ANESTESIA: GESTION DE LA HIPERTERMIA MALIGNA EN EL AREA QUIRURGICA

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo en nuestro medio es dotar de los recursos materiales necesarios y mejorar las capacidades y la actuación de los profesionales que deben de gestionar estos casos mediante la creación de una cultura de anticipación y de aprendizaje mediante simulaciones y trabajo en equipo, y mejorar su satisfacción. Para conseguir una Anestesia fiable y segura en la Hipertermia Maligna, es muy importante el mantenimiento de ambos objetivos en el tiempo, hecho también buscado en este proyecto. El desarrollo de éste se va a llevar en el horizonte temporal de dos años.

MÉTODO

Para lograr los objetivos se implementarán los siguientes:

1. Puesta al día de los conocimientos sobre Hipertermia Maligna, confección de un protocolo de prevención y manejo. Segundo semestre de 2017.
2. Revisión de la dotación de material necesario. Establecer cauces para verificar esta dotación en el tiempo. Primer trimestre de 2018.
3. Adecuada difusión mediante sesión de formación monográfica. Segundo semestre de 2018.
4. Simulación de casos de forma periódica.

INDICADORES

- A. Redacción del protocolo asistencial.
- B. Número de revisiones de material mensuales realizados/12*100.
- C. Número de asistentes a la formación/ total de integrantes (F.E.A Anestesiología y Enfermería de Anestesiología).
- D. Número de simulaciones en el periodo de dos años.
- E. Satisfacción de los sanitarios del Servicio

DURACIÓN

.

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 - 2016/1727

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE CALPE GIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAITA MONREAL SANTIAGO
GATO LEON MANUEL
SILVA GONZALEZ DORINDA
NIJENSOHN BERCONSKY SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos realizado un registro y seguimiento de pacientes seleccionados en consulta externa de insuficiencia cardíaca. Se ha seleccionado a los pacientes en base a la disfunción ventricular severa o intermedia documentada con un ecocardiograma, pacientes con ingresos reiterados por descompensaciones de su insuficiencia cardíaca que precisaban un seguimiento más estricto o la titulación de fármacos implicados en el tratamiento con vistas a valorar su evolución posterior.

Hemos realizado un registro donde, de forma progresiva, se incorporan los datos que hemos considerado fundamentales en el seguimiento y que miden de forma objetiva la estabilidad o no de los candidatos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se incluye un total de 46 pacientes, con un claro predominio masculino, 78.3 % son hombres y 21.7% son mujeres. La edad media de los pacientes incluidos es de 70.2 años, con una mediana de 72 años. Por grupos de edad, hay un predominio de menores de 65 años, con un total de 16 pacientes (34.8%) y en un porcentaje idéntico, los comprendidos entre 75-84 años, siendo el grupo minoritario el comprendido en edades superiores a 85 años, con únicamente 6 pacientes. Además, destacar que gran parte de los pacientes incluidos proceden del medio rural (no residen en el núcleo urbano de Teruel), concretamente un 54.3% y la media de tiempo del desplazamiento es de 43 minutos hasta nuestra consulta debido a la gran dispersión geográfica de nuestra provincia.

Durante el tiempo de recogida de datos se han incluido en consulta 26 pacientes nuevos (56.5% del total) el resto eran candidatos incluidos en consulta desde años anteriores, concretamente desde 2012.

En cuanto a los factores de riesgo, destaca la HTA como el factor mayoritario y predominante del grupo, encontrándose hasta en un 69.6% de los pacientes. Le siguen de cerca la dislipemia con un 58.7% y la diabetes mellitus con un 50%. Destacar que sólo hemos objetivado hábito tabáquico activo en 23.9% del total, probablemente porque todos ellos son portadores de cardiopatía isquémica como origen de su insuficiencia cardíaca y en el momento del evento coronario se les ha informado y asesorado de las medidas higiénico dietéticas y hábitos cardiosaludables así como de los riesgos reales si continúan con el tóxico. Solamente el 15.2 %, confesaba un hábito enólico previo.

En lo que respecta a las comorbilidades: hemos seleccionado la insuficiencia renal crónica y la fibrilación auricular como dos entidades de alto riesgo tanto por poder ser origen de las descompensaciones como por poder sufrir en empeoramiento de ambas en caso de reingreso y/o ajuste de los tratamientos con la consiguiente comorbilidad que ello conlleva. Así pues, el 47.8% de los pacientes son portadores de fibrilación auricular y hasta el 37% presenta insuficiencia renal crónica de distinta etiología, fundamentalmente nefronagiosclerosis y nefropatía diabética. En cuanto a la severidad de la insuficiencia renal crónica hay un claro predominio en estadio 3a (FG: 45-59 ml/min) hasta un 26.1% del total, un 6.5% en estadio 3b (FG 30-44 ml/min) y solo 2 pacientes (4.3%) con filtrado inferior a 30ml/min, pasando 1 de ellos a diálisis peritoneal durante los meses de realización del proyecto por dificultad en la compensación de los síntomas y en la estabilidad clínica.

Se incluyen pacientes con disfunción ventricular intermedia o severa con distintos grupos etiológicos, siendo el principal de origen isquémico en un 26.1%. El resto de grupos los forman, la cardiopatía dilatada idiopática en un 17.4%, la valvulopatía evolucionada intervenida o no, en un 10.9%, la amiloidosis cardíaca en un 10.9% (como única cardiopatía infiltrativa documentada en otros 5 pacientes) y el grupo que hemos denominado como "otros", con un 19.6% del total. En este grupo, hemos incluido pacientes con taquimiocardiopatía, cardiopatía no compactada, pacientes con disfunción diastólica y un síndrome de Kearns Sayre. Destacar que únicamente se recogen 3 pacientes con disfunción ventricular de origen enólico, ninguno por toxicidad (QT/RT) y hay 4 pacientes pendientes de completar estudio para filiar el origen de la disfunción.

En cuanto a la alteración cardiológica estructural de nuestros candidatos el 69.6% presentaban dilatación ventricular izquierda (32 pacientes), sólo 9 pacientes (19.6%) no presentaban dicha dilatación y concretamente en 5 pacientes (10.9%) el motivo de las descompensaciones era la insuficiencia cardíaca derecha. Según su FEVI (fracción de eyección del ventrículo izquierdo), el grupo mayoritario lo forman los pacientes de FEVI reducida con 34 candidatos, de los cuales, en 22 (47.8%) se objetiva una FEVI entre 30-39% y en 12 (26.1%) una FEVI inferior 30%. El grupo minoritario lo forman los pacientes con FEVI en rango intermedio (FEVI entre 40-49%) con un total de 4 pacientes (8.7%) y destacar que hasta un 17.4% (8 pacientes incluidos) son pacientes con FEVI conservada, la mayoría de origen infiltrativo o con disfunción ventricular derecha e hipertensión pulmonar severa fundamentalmente asociado a valvulopatía mitral. Concretamente, la valvulopatía mitral está ampliamente distribuida en este grupo de pacientes: 15 pacientes (32.6%) presentan IM ligera y con el mismo número y porcentaje se presenta la IM moderada. Sólo en 8 pacientes, se ha documentado la IM severa. Sin embargo, el 26.1% de los pacientes presenta hipertensión pulmonar severa (mayor de 60 mmHg) y el 10.9% de los pacientes hipertensión pulmonar moderada (entre 45-59 mmHg).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1727

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Finalmente, se ha registrado datos evolutivos en consulta de insuficiencia cardiaca tanto de la clase funcional, como de reingresos, tratamientos farmacológicos y de dispositivos. Además, 3 pacientes, por motivos de inestabilidad previa, con reingresos frecuentes, han pasado al régimen de ingreso programado para la administración de tratamiento inotrópico con dobutamina o levosimendan cada 2-3 semanas.

En cuanto a la clase funcional de nuestros pacientes en el momento de entrada en la consulta de insuficiencia cardiaca, es el grupo en clase funcional III el mayoritario con un 50% le sigue en frecuencia, la clase funcional II con un 37% y después la clase funcional I con un 10.9% . Sólo un paciente se incluyó en consulta en clase funcional IV. Reevaluados a posteriori, hay que destacar que el grupo mayoritario pasa a ser el grupo en clase funcional II con el 58.7.% de los pacientes y el grupo funcional I con el 32.6% . Encontramos sólo 3 pacientes en clase funcional III y ningún paciente en clase funcional IV.

Por lo que respecta al PRO-BNP desde su inclusión en consulta, excluyendo los valores de las descompensaciones agudas, hasta la reevaluación posterior, hemos objetivado un descenso significativo (superior a 100ng/l) en el 54.3% de los pacientes, aunque también se ha incrementado en el 26% de los pacientes. Destacar que en el grupo donde se ha incrementado el PRO-BNP coincide con el deterioro clínico de los pacientes, siendo alguno de los casos con reingreso por descompensación o de los programados para tratamiento inotrópico. Curiosamente los 4 éxitos que hemos documentado durante el registro y que suponen un 8.7% del total de pacientes, forman parte de este grupo, independientemente de que la causa del éxito no fuese la insuficiencia cardiaca. De hecho, sólo 1 de los cuatro pacientes falleció por insuficiencia cardiaca refractaria en el contexto de una amiloidosis cardiaca y una sepsis secundaria a una espondilodiscitis por Streptococo Agalactiae, mientras que los 3 restantes fallecieron por un adenocarcinoma esofágico, una isquemia arterial aguda de extremidad inferior derecha y un shock séptico por una colecistitis aguda.

En cuanto a reingresos, independientemente del motivo, fueron 18 los pacientes (39%) que lo precisaron, con un total de 35 reingresos, aunque la mayoría sólo presentó uno. Concretamente reingresos por algún motivo cardiológico urgente fue un 28% (13 pacientes) y por insuficiencia cardiaca descompensada un 15% (7 pacientes con 14 reingresos), siendo la media, mediana y moda de reingresos por insuficiencia cardiaca de 2. Destacar también que en cuanto a la media de días hasta que el paciente precisa un ingreso en general es de 610 días, siendo sin embargo esta media muy inferior (489 días de media hasta el ingreso) cuando el motivo es por insuficiencia cardiaca descompensada.

Por lo que respecta a los tratamientos farmacológicos, la mayoría de los pacientes a su llegada consulta reciben tratamiento con furosemida (91.2%), eplerenona o espirolactona (82.6%), betabloqueantes (73.9%) y curiosamente en menor porcentaje (67.4%) IECA o ARA-II motivado fundamentalmente por la hipotensión y la insuficiencia renal. Tras el seguimiento en consulta, destaca la amplia reducción de la utilización de furosemida al 78.3%, así como los antagonistas del receptor mineralcorticoide hasta 76.1%, siendo posible la retirada de ambos en algunos casos. En cuanto al tratamiento con betabloqueantes la cifra se mantiene idéntica y se incrementa discretamente hasta el 71.7% el tratamiento con IECA o ARA II durante el seguimiento en consulta. Otro aspecto reseñable lo hemos encontrado en la administración de sacubitrilo-valsartan a un 15.2% de pacientes (7 pacientes) antes de la revisión en consulta, sin embargo, tras la valoración posterior la cifra de pacientes que lo reciben se ha triplicado hasta un 47.8% (22 pacientes), con muy buena tolerancia, mejoría de la clase funcional de los enfermos y con mínimos efectos secundarios. Además nos ha llamado la atención los resultados obtenidos con la empaglifozina, que ha duplicado su uso en consulta, de 5 pacientes (10.9%) que ya lo recibían al inicio del seguimiento, hasta 12 pacientes (26.1%) que lo utilizan en controles posteriores.

Finalmente, en cuanto a la terapia con dispositivos comentar que un 13 % de pacientes (6) son portadores de marcapasos ya desde su entrada en consulta y no se ha incrementado el número. Sin embargo, hemos duplicado el numero de pacientes con resincronización (TRC) y DAI, ambos hasta un 4.3%, existiendo 2 pacientes en cada grupo de terapia y a ninguno de los candidatos se le ha implantado la terapia conjunta con DAI-TRC.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. En nuestra consulta de insuficiencia cardiaca hay un claro predominio de hombres jóvenes con cardiopatía isquémica como principal motivo de la insuficiencia cardiaca y con factores de riesgo tan prevalentes como la HTA, dislipemia y la diabetes.
2. Dado que se trata de una consulta de insuficiencia cardiaca la FEVI esta severamente reducida hasta en un 73.9%
3. Destacar la clase funcional III como la más habitual previa (hasta el 50% de los pacientes) para reducirse tras la intervención en consulta hasta un 6.5% y pasar a ser la clase funcional II, la más prevalente (hasta el 58.7%) con la consiguiente mejoría clínica de los pacientes
4. En cuanto a porcentaje de pacientes que reingresan es elevado, hasta un 39.1%, sin embargo, por descompensación de su insuficiencia cardiaca se sitúa en el 15.2%. Destacar que pese a un 8.7% de mortalidad, la causa de las muertes fue no cardiológica, motivada por la alta comorbilidad de nuestros pacientes.
5. Finalmente, lo que objetivamos es que el seguimiento estrecho de los pacientes y la titulación de fármacos es fundamental a la hora de mejorar la clase funcional, evitar descompensaciones y con ello el deterioro clínico de los pacientes. Pero lo que hemos confirmado es que la educación de estos pacientes y de sus familias, tanto en el manejo de líquidos como en la toma de diuréticos según su estado y el reconocimiento de los signos de alarma, nos ha garantizado en un gran número de pacientes su estabilidad y su bienestar clínico. Por todo ello, creemos fundamental la existencia de un equipo multidisciplinar que desarrolle su papel en todos los ámbitos tanto diagnóstico como farmacológico y educacional, siendo fundamental en este caso el papel de la enfermería que venimos reivindicando desde el inicio.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1727

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1727 ===== ***

Nº de registro: 1727

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Autores:
CALPE GIL MARIA JOSE, GATO LEON MANUEL, LAITA MONREAL SANTIAGO, SILVA GONZALEZ DORINDA, NIJENSOHN BERCONSKY SERGIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La insuficiencia cardíaca (IC) es el paradigma de las enfermedades crónicas de nuestro tiempo y es un auténtico problema de salud pública. La prevalencia total de la IC está en aumento debido al envejecimiento de la población, la mayor supervivencia de los pacientes que sufren eventos coronarios (una de las mayores causas de IC) y su aparición en edades más tempranas. La prolongación de la esperanza de vida, la mejora de las condiciones sociales, el mejor control de los factores de riesgo vascular, y la alta prevalencia de diabetes, obesidad e hipertensión arterial han conducido a la consideración en el momento actual de la IC como una auténtica epidemia.

Estudios realizados en el ámbito europeo, como el Rotterdam Study, confirman que la prevalencia de la IC aumenta con la edad desde un 0,9% entre los 55 y 64 años, a un 17% por encima de los 85 años. La tasa de incidencia es de 14,4 personas por cada 1000 habitantes y año, siendo ligeramente superior entre los varones (17 vs 12). La tasa de incidencia casi alcanza el 50% en las personas de más de 90 años. El riesgo de sufrir IC a lo largo de la vida es, según este estudio, en la población general, de alrededor de un 30% a partir de los 55 años.

RESULTADOS ESPERADOS

- Proporcionar un cuidado integral al paciente con IC en cualquier estadio de la enfermedad, reduciendo su impacto personal y social, mediante la adecuación del consumo de recursos y el apoyo al entorno familiar y social del paciente.
- Reducir el número de estancias hospitalarias por IC agudizada, ajustando los criterios de ingreso y su duración.
- Reducción del número de los reingresos ocasionados por los episodios de descompensación de la IC crónica, mediante la racionalización del consumo de recursos, adecuando las necesidades clínicas reales a los dispositivos asistenciales existentes.
- Establecer un programa de atención ambulatoria eficiente y sin demora para el control de los pacientes con IC crónica estable.
- Establecer un programa de atención ambulatoria ágil, eficaz e inmediato para la atención a demanda de pacientes con IC crónica descompensada alternativo a la frecuentación de las salas de Urgencias Hospitalarias.
- Establecer un programa coordinado con los Equipos Sanitarios de Atención Domiciliaria, de atención al paciente terminal de IC.
- Desplegar un programa preventivo a largo plazo, coordinado con otras unidades de ámbito extra-intrahospitalario, dirigido a lograr un mejor control de los factores de riesgo de la IC, la educación para la salud y la prevención de eventos cardiovasculares.
- Colaborar en la formación y adiestramiento de profesionales sanitarios en el ámbito de la IC.

MÉTODO

La consulta de IC pretende dar una asistencia integral, orientada al enfermo y sus familiares, de carácter multidisciplinar, coordinado y con el mayor grado de transversalidad posible. Para lograr estos objetivos partiendo de un escalón sanitario único, se precisan las estructuras de producción adecuadas y el tiempo necesario.

La consulta de IC articulará su acción en los siguientes dispositivos coordinados:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1727

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL COMO MEDIDA DE MEJORA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

- Unidad de Hospitalización convencional. Su función es proporcionar la atención adecuada a pacientes que requieren técnicas diagnósticas o medidas terapéuticas que no puedan realizarse ambulatoriamente. El objetivo del dispositivo es la adecuación de las estancias, reduciendo la estancia media.
- Consulta externa programada. Su función es el diagnóstico y seguimiento de los pacientes una vez estabilizados pero que todavía requieren supervisión por el médico y/o enfermera de Atención Especializada. A su vez se centrará en dos grupos de pacientes, en 2 dispositivos diferenciados:
 - Consulta precoz tras el alta. Con la finalidad de comprobar la estabilidad del paciente y titular las dosis de fármacos.
 - Consulta programada periódica. En aquellos pacientes de más difícil control o de mayor riesgo de complicaciones se podrá fijar un esquema de revisiones periódicas diferente y más prolongado quedando su secuencia a criterio del facultativo responsable.

INDICADORES

- % de pacientes con etiología documentada
- % de pacientes con clase funcional y cuantificación de la función sistólica
- % de pacientes con factores de riesgo cardiovascular descritos
- % de pacientes en tratamiento con IECA /ARA -II y dosis
- % de pacientes en tratamiento con diuréticos (furosemida, eplerenona, espironolactona) y dosis
- % de pacientes en tratamiento betabloqueante y dosis
- % de pacientes con otros tratamientos (digoxina, sacubitrilo-valsartan...) y dosis
- % de pacientes que reciben educación personalizada en el manejo de tratamiento, diuréticos, signos de alarma y situaciones de estrés miocárdico, así como seguimiento y control
- % de pacientes sometidos a terapia de re-sincronización y/o desfibrilador implantado
- scores de satisfacción y cuestionarios de calidad de vida
- Reingresos
- Mortalidad

DURACIÓN

- CREACION DEL GRUPO DE TRABAJO: Octubre 2017
- ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO ÚNICO E IMPLANTACIÓN: 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 RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1732

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA UTRILLAS MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OSET GARCIA MONICA
FERNANDEZ PERA DIEGO
RODRIGUEZ ARTIGAS JUAN
MORENO OLIVIERI ALBERTO
SANCHEZ RODRIGUEZ JUAN JOSE
IRANZO GARCIA CONCEPCION
DEL VAL GIL JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El Servicio de Consultas y Admisión ha trabajado conjuntamente y ido a varias reuniones a Zaragoza para llevar a cabo la codificación de la agenda de pie diabético. Finalmente se ha creado una agenda en HP-His estandarizada con la misma denominación que el resto de Aragón. El personal de enfermería se ha reunido en varias ocasiones y ha trabajado sobre la cartera de servicios que se ofrecerá en la consulta de pie diabético.

En el mes de noviembre de 2017 la enfermera que se encargará de la consulta ha ido al Hospital Provincial de Zaragoza para formarse en la atención al paciente con pie diabético de forma que se pueda implementar la consulta de pie diabético en nuestro hospital. Posteriormente se expuso el proceso y circuito de atención en la consulta monográfica del hospital por la enfermera con competencias avanzadas y se preparó el material considerado necesario para la consulta tanto para llevar a cabo la evaluación del paciente como para las curas. Se prevé que posteriormente se forme otra enfermera del hospital para poder atender esta consulta en caso de que falle la primera.

La Dirección de enfermería del hospital se puso en contacto con la Dirección de Atención Primaria para comunicarle la intención de poner en marcha esta consulta y solicitar una persona de referencia para trabajar el circuito de derivación desde AP.

Se ha programado un curso de formación continuada sobre atención al pie diabético para 2018.

El equipo encargado del proyecto de mejora se ha reunido con la dirección del hospital con el fin de encontrar la vía más factible para poder poner en marcha la consulta de pie diabético.

Se ha llevado a cabo de un registro de pacientes ingresados con pie diabético en nuestro hospital a lo largo del 2017 y aquellos que han precisado amputación posteriormente.

Se ha llevado a cabo un protocolo de actuación en el caso de pacientes ingresados por pie diabético en nuestro servicio (todavía no implementado)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo de nuestro proyecto es estandarizar el tratamiento de pacientes con pie diabético complicado. Para ello es necesaria la formación, y una enfermera ya ha sido formada en competencias para la atención al paciente con pie diabético.

Por otro lado hemos elaborado un protocolo de actuación, aunque estamos pendientes de su implementación.

Se ha codificado una agenda específica para la consulta de enfermería de pie diabético.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Necesidad de poner en marcha este proyecto impulsado desde los Servicios Centrales pero adaptado a las necesidades y características propias de nuestro sector.

Coordinación y colaboración entre la enfermera con competencias avanzadas y los FEA en cirugía para el buen funcionamiento de la consulta.

Trabajar con otros servicios implicados como: traumatología, rehabilitación, podología para poder implicarles en el proceso.

7. OBSERVACIONES.

En los próximos meses esperamos poner en marcha el protocolo de actuación en pacientes con pie diabético complicado.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1732 ===== ***

Nº de registro: 1732

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1732

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO

Autores:
UTRILLAS MARTINEZ ANA CRISTINA, OSET GARCIA MONICA, FERNANDEZ PERA DIEGO, RODRIGUEZ ARTIGAS JUAN, MORENO OLIVIERI ALBERTO, SANCHEZ RODRIGUEZ JUAN JOSE, IRANZO GARCIA CONCEPCION, DEL VAL GIL JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Pie diabético complicado con ulceraciones
Línea Estratégica : Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos : Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La incidencia de pacientes con pie diabético en nuestro medio hospitalario es elevada, y es frecuente la presentación de complicaciones derivadas del mismo, como el mal perforante plantar, úlceras en superficies de contacto así como isquemia en dedos o focos de osteomielitis. Se ha calculado que al menos un 15% de los diabéticos padecerá durante su vida ulceraciones en el pie, igualmente se estima alrededor de un 85% de los diabéticos que sufren amputaciones, previamente han padecido una úlcera. En nuestro hospital no disponemos de un equipo de trabajo centrado de forma específica, en la atención del paciente con pie diabético complicado.

RESULTADOS ESPERADOS

Estandarizar el tratamiento de pacientes con pie diabético complicado.
Detectar precozmente aquellos pacientes susceptibles de revascularización o de osteotomías.

MÉTODO

Se formará un equipo multidisciplinar para trabajar en este proceso dentro del Hospital Obispo Polanco. Posteriormente se establecerá un circuito para coordinar las interconsultas de Atención Primaria, valoración y derivación de los pacientes.
Se potenciará la formación específica por parte de un miembro del equipo.
Se potenciará el papel de la enfermería y la colaboración conjunta con los facultativos para estandarizar circuitos, atención a pacientes, resolución de dudas ...

INDICADORES

- 1.- nº pacientes con pie diabético complicado
- 2.- nº de pacientes derivados para revascularización
- 3.- nº pacientes con amputación mayor o menor

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- 1.- Registro y control de pacientes atendidos por el servicio
- 2.- Elaborar un protocolo de actuación en pie diabético complicado
- 3.- Registrar (incluso fotográficamente) la evolución del paciente

DURACIÓN

- 1.- Formación específica por un miembro: noviembre 2017
- 2.- Elaborar protocolo de actuación: noviembre-diciembre 2017
- 3.- Registro de pacientes e implementación del protocolo a partir de enero de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1732

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA UTRILLAS MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OSET GARCIA MONICA
FERNANDEZ PERA DIEGO
RODRIGUEZ ARTIGAS JUAN
MORENO OLIVIERI ALBERTO
SANCHEZ RODRIGUEZ JUAN JOSE
IRANZO GARCIA CONCEPCION
DEL VAL GIL JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha puesto en marcha la consulta de pie diabético llevada a cabo por una enfermera perfectamente formada. A dicha consulta llegan los pacientes derivados desde Atención Primaria (mediante comunicación directa con la enfermera responsable o a través del Servicio de citaciones del hospital), o desde el propio hospital (tanto pacientes con pie diabético en riesgo como aquellos que precisan curas más detalladas o valoración por el especialista).

La enfermera valora dichos pacientes y si lo considera necesario solicita la valoración conjunta por un cirujano general, que será quien solicitará las pruebas pertinentes o indicará el tratamiento a seguir. Así, desde esta consulta, si es preciso, se pedirá la valoración por el cirujano vascular o el traslado a dicho servicio si fuera el caso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha instaurado una consulta con agenda propia de pie diabético.
Se ha elaborado un registro del paciente valorado en dicha consulta (se han valorado 29 pacientes de los cuales muchos han sido revisados semanalmente en dicha consulta)

Se ha elaborado un registro de los pacientes con pie diabético que han requerido ingreso hospitalario (14 pacientes con pie diabético complicado han requerido ingreso)

Se ha elaborado un registro de los pacientes que han precisado un traslado o derivación a Cirugía Vascular (9 pacientes)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha sido posible la puesta en marcha de una consulta de pie diabético llevada a cabo por una enfermera especializada con el apoyo de un cirujano general. Además se ha conseguido un circuito de derivación de los pacientes de primaria a especializada mucho más rápido y eficaz, así como una derivación a Cirugía Vascular, si es necesario, también más rápida, lo que va en beneficio directo de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

Queda seguir trabajando para dar la mejor atención al paciente con pie diabético (colaboración con otros servicios como traumatología, rehabilitación, podología...)

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1732 ===== ***

Nº de registro: 1732

Título
EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO

Autores:
UTRILLAS MARTINEZ ANA CRISTINA, OSET GARCIA MONICA, FERNANDEZ PERA DIEGO, RODRIGUEZ ARTIGAS JUAN, MORENO OLIVIERI ALBERTO, SANCHEZ RODRIGUEZ JUAN JOSE, IRANZO GARCIA CONCEPCION, DEL VAL GIL JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Pie diabético complicado con ulceraciones
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1732

1. TÍTULO

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA LA ATENCION AL PIE DIABETICO COMPLICADO

Tipo de Objetivos : Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La incidencia de pacientes con pie diabético en nuestro medio hospitalario es elevada, y es frecuente la presentación de complicaciones derivadas del mismo, como el mal perforante plantar, úlceras en superficies de contacto así como isquemia en dedos o focos de osteomielitis. Se ha calculado que al menos un 15% de los diabéticos padecerá durante su vida ulceraciones en el pie, igualmente se estima alrededor de un 85% de los diabéticos que sufren amputaciones, previamente han padecido una úlcera. En nuestro hospital no disponemos de un equipo de trabajo centrado de forma específica, en la atención del paciente con pie diabético complicado.

RESULTADOS ESPERADOS

Estandarizar el tratamiento de pacientes con pie diabético complicado.
Detectar precozmente aquellos pacientes susceptibles de revascularización o de osteotomías.

MÉTODO

Se formará un equipo multidisciplinar para trabajar en este proceso dentro del Hospital Obispo Polanco. Posteriormente se establecerá un circuito para coordinar las interconsultas de Atención Primaria, valoración y derivación de los pacientes.
Se potenciará la formación específica por parte de un miembro del equipo.
Se potenciará el papel de la enfermería y la colaboración conjunta con los facultativos para estandarizar circuitos, atención a pacientes, resolución de dudas ...

INDICADORES

- 1.- nº pacientes con pie diabético complicado
- 2.- nº de pacientes derivados para revascularización
- 3.- nº pacientes con amputación mayor o menor

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- 1.- Registro y control de pacientes atendidos por el servicio
- 2.- Elaborar un protocolo de actuación en pie diabético complicado
- 3.- Registrar (incluso fotográficamente) la evolución del paciente

DURACIÓN

- 1.- Formación específica por un miembro: noviembre 2017
- 2.- Elaborar protocolo de actuación: noviembre-diciembre 2017
- 3.- Registro de pacientes e implementación del protocolo a partir de enero de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0148

1. TÍTULO

MODIFICACION DE LA VIA CLINICA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE VICENTE DIAZ MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BLANCO LLORCA JOSE ADOLOFO
RANERA GARCIA MIGUEL
ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA
MUNIESA HERRERO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Es prioritario para nosotros que a través de este estudio podamos establecer una nueva guía clínica unificada e igualitaria para el manejo del paciente sometido a ATR. Es por ello el inicio de este trabajo de investigación basado en el abordaje multidisciplinar de estos pacientes utilizando técnicas analgésicas novedosas muy poco referenciadas hasta este momento en la literatura internacional. Esta nueva vía clínica proporcionará, la totalidad de pautas a seguir en cuanto a premedicación, técnicas anestésicas asociadas a BNP, actuaciones intraoperatorias, medicación postoperatoria, movilización y cuidados de enfermería en los pacientes acaecidos por gonartrosis desde su ingreso hasta el momento del alta hospitalaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) COMPARAR LOS RESULTADOS DE LA ASOCIACIÓN DEL BLOQUEO IPACK AL CANAL DE LOS ADUCTORES FRENTE AL BLOQUEO NERVIOSO FEMORAL.
- 2) EVALUAR LA CALIDAD ANALGÉSICA POSTOPERATORIA EN LOS DOS GRUPOS DE ESTUDIO PARA LOS TIEMPOS EN HORAS 6, 12, 24, 36 Y 48.
- 3) IDENTIFICAR LA NECESIDAD DE RESCATE ANALGÉSICO CON MORFINA IV, Y EN EL CASO DE NECESITARLO, REGISTRAR EL MOMENTO.
- 4) ESTUDIAR LA FUERZA Y/O CAPACIDAD MUSCULAR ESTÁTICA (TEST DE DANIELS) Y DINÁMICA (TEST UP AND GO) EN LOS MOMENTOS 24 Y 48 HORAS DE POSTOPERATORIO PARA LOS DOS GRUPOS DE BLOQUEO ANALGÉSICO.
- 5) ESTABLECER EL MOMENTO DE ALTA HOSPITALARIA A DOMICILIO.
- 6) ANALISIS DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN EL MANEJO INTRAHOSPITALARIO RECIBIDO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A TRAVÉS DEL ESTUDIO HEMOS CONSEGUIDO ESTABLECER, QUE LOS PACIENTES QUE RECIBEN EL NUEVO PROTOCOLO ANÉSTESICO-ANALGÉSICO DENOMINADO IPACK, PRESENTAN MENOS DOLOR Y MEJOR MOVILIZACIÓN QUE LOS PACIENTES QUE RECIBIAN EL PROTOCOLO DE LA ANTERIOR GUÍA CLÍNICA. ESTE NUEVO BLOQUEO Y LAS NUEVAS ACTUACIONES TANTO PRE / INTRA COMO POSTOPERATORIOS, NOS HAN PERMITIDO UNA ALTA HOSPITALARIA MAS TEMPRANA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA EN NUESTRO CENTRO CON UN MAYOR GRADO DE SATISFACCIÓN POR SU PARTE. ESTA SITUACIÓN HA SIDO EL DETONANTE PARA LA MODIFICACIÓN DE LA GUÍA CLÍNICA DE NUESTRO SERVICIO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1 LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL GRUPO I-C, PRESENTAN MENORES VALORES DE EVA PARA LOS TIEMPOS EN HORAS DE POSTOPERATORIO 6,12,24,36 Y 48.
2. LA MUESTRA INCLUIDA EN EL GRUPO I-C REQUIERE MENOR CONSUMO DE OPIOIDES EN FORMA DE RESCATE ANALGÉSICO, QUE LA MUESTRA INCLUIDA EN EL GRUPO FEMO
3. LA MUESTRA INCLUIDA EN EL GRUPO I-C PRESENTA VALORES MÁS ALTOS EN EL TEST DE DANIELS, TRADUCIDO EN MAYOR FUERZA MUSCULAR ESTÁTICA, QUE LOS DEL GRUPO FEMO EN LOS MOMENTOS 24 Y 48 HORAS DE POSTOPERATORIO.
4. LOS PACIENTES PERTENECIENTES AL GRUPO I-C, CONSIGUEN MENORES TIEMPOS EN LA REALIZACIÓN DEL TEST "UP & GO" TRADUCIDO EN MAYOR CAPACIDAD DE MOVILIDAD DINÁMICA QUE EL GRUPO FEMO EN LOS MOMENTOS 24 Y 48 HORAS DE POSTOPERATORIO
5. LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL GRUPO I-C PRESENTAN MAYOR RANGO DE MOVILIDAD, EXPRESADO EN GRADOS DE FLEXIÓN Y EXTENSIÓN, EN EL MOMENTO DEL ALTA HOSPITALARIA.
6. EL CONTROL DE LA HEMOGLOBINA POSTOPERATORIA A LAS 48 HORAS, ES INNECESARIO CON UNA CONFIANZA DEL 99,9%, CUANDO EL VALOR DE LA HEMOGLOBINA A LAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0148

1. TÍTULO

MODIFICACION DE LA VIA CLINICA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

24 HORAS ES IGUAL O SUPERIOR A 10.49 Gr/Dl.

7. LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN ESTA MUESTRA SE VE DISMINUIDA DE FORMA SIGNIFICATIVA ENTRE LOS PACIENTES DEL GRUPO I-C FRENTE AL GRUPO FEMORAL, ESTABLECIÉNDOSE A LAS 72H DE POSTOPERATORIO.

8. EL GRADO DE SATISFACCIÓN ALCANZADO POR NUESTROS PACIENTES HA SIDO MU Y ALTO INDEPENDIEMENTE DEL GRUPO DE ESTUDIO AL QUE PERTENECIERAN.

9. COMO RESULTADO DE ESTE ESTUDIO SE HA INSTAURADO UNA NUEVA GUÍA CLÍNICA PARA LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA EN NUESTRO CENTRO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/148 ===== ***

Nº de registro: 0148

Título
MODIFICACION DE LA VIA CLINICA DE LA ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Autores:
DIAZ MARTINEZ JOSE VICENTE, PEREZ NAVARRO GUILLERMO IGNACIO, MUNIESA HERRERO MARIA PILAR, TORRES CAMPOS ANTONIO, VICENTE ROMERO MARIA JESUS, PANADERO ROMERO MARIA LUISA, MURCIANO GARCIA FERNANDO, IRISARRI GAMBRA MIREN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....: Vía Clínica

PROBLEMA
La artroplastia total de rodilla y su postoperatorio puede ser muy doloroso, lo que limita la rehabilitación y en consecuencia aumenta de la estancia hospitalaria de estos pacientes.
Habitualmente son pacientes intervenidos bajo técnicas anestésicas a los que se asocia bloqueos nerviosos periféricos para la analgesia postoperatoria, dentro de los cuales, el bloqueo nervioso femoral es el más extendido, y pese a conseguir una calidad analgésica adecuada del compartimento anterior, también provoca debilidad de la musculatura limitando la recuperación. Similar situación es la que ocurre tras bloqueo del nervio ciático, responsable de la analgesia del compartimento posterior. Las técnicas de infiltración local de analgesia (LIA) intraoperatorias, de reciente instauración cuenta con una calidad analgésica óptima con la desventaja de la infiltración sin visión directa así como posibles complicaciones derivadas vasculares.
Estas limitaciones para una rápida deambulación son las que motivan el inicio de este proyecto de trabajo. Está descrito en la literatura, que el bloqueo del canal de los aductores, confiere de una calidad analgésica similar a la lograda con el bloqueo femoral sin bloqueo motor que retrasa la deambulación.
Recientemente se ha descrito el bloqueo definido como IPACK (Infiltration between Popliteal Artery and Capsule Knee) que proporciona una adecuada analgesia del compartimento posterior de la rodilla sin suponer bloqueo motor que limite tanto la recuperación, como la deambulación y consecuentemente, el alta hospitalaria.
Consideramos que la combinación de estos dos bloqueos, puede suponer una precoz recuperación con el objetivo de un alta hospitalaria más temprana

RESULTADOS ESPERADOS
El bloqueo Ipack asociado a canal de los aductores, permite recuperación precoz con calidad analgésica similar a las técnicas nerviosas regionales periféricas utilizadas actualmente sin bloqueo motor, favoreciendo un alta hospitalaria temprana. •Evaluar la calidad analgésica obtenida en los momentos 6-12-24-36 y 48 horas de postoperatorio. •Evaluar la recuperación y rehabilitación del paciente mediante la deambulación y otros test descritos. •Establecer el momento de alta hospitalaria tras el abordaje multidisciplinar de manejo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0148

1. TÍTULO

MODIFICACION DE LA VIA CLINICA DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

MÉTODO

Se iniciará este estudio que se desarrollará de forma prospectiva en grupo caso (Ipack + canal de aductores) y grupo control (Femoral + ciático), de los intervenidos de artroplastia total de rodilla (PTR) desde el 1 de abril de 2016 hasta 31 de diciembre de 2016, con participación multidisciplinar de profesionales, donde se incluyen, los servicios médicos de Anestesiología, Traumatología, Geriátría, enfermería y Rehabilitación. Como criterios de inclusión: pacientes intervenidos de PTR, índice de Barthel preoperatorio >90, IMC < 35, ASA I-III, sin alergias a los fármacos anestésicos locales tipo amida, paracetamol, AINES y pirazolonas. Se realizará análisis inferencial de las variables correspondientes. Las variables seleccionadas además de las demográficas, índice de Barthel preoperatorio, ASA, hemoglobina, tiempo de isquemia, valoración analgésica según escala EVA, Test de Daniels, test de up and go, goniometría, complicaciones, stair climb test, y alta hospitalaria

INDICADORES

Se recogerá una encuesta de satisfacción previa al alta, de evaluación trimestral por parte de los profesionales. En caso de valoraciones repetidas negativas, se realizará un analisis de resultados con las modificaciones pertinentes.

DURACIÓN

Proyecto de Abril a diciembre 2016. Si resultados positivos. Se instaurará una nueva via clínica de manera 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 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 - 2016/0150

1. TÍTULO

GUIA DEL MATERIAL PROTESICO Y OSTEOSINTESIS UTILIZADO EN QUIROFANO EN EL TRATAMIENTO DE PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA OSCA GUADALAJARA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FLORIA ARNAL LUIS JAVIER
URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR
ROYO AGUSTIN MARIA
CASTRO SAURAS ANGEL
MUNIESA HERRERO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este tiempo de realización del proyecto, se ha llevado a cabo un inventario del material utilizado en quirófano por parte del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Gracias a la comunicación entre el servicio de enfermería del quirófano, los representantes de las casas comerciales que proporcionan el producto, y los participantes del proyecto, se ha podido confeccionar un listado del material de osteosíntesis y ortopédico. Se ha recogido el producto utilizado para cada intervención, así como clasificado a la empresa a la que pertenece para poder contactar con el representante comercial en caso de necesitarlo.

Se ha elaborado un listado en Word de dicho material, al cual se puede acceder desde los ordenadores del quirófano. Este documento es editable, con el fin de actualizarlo en caso de cambios o nuevas aportaciones de material. Además, siguiendo el orden del listado en formato Word, se han recogido la técnica quirúrgica de cada material, y clasificado en carpetas. De esta manera se facilita el acceso rápido previo a la cirugía del material que se va a utilizar, tanto por cirujanos como equipo de enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado alcanzado ha sido satisfactorio. El índice de errores por confusión en el material quirúrgico ha disminuido. La seguridad y confianza del personal sanitario en la cirugía ha aumentado debido a la fácil búsqueda del material que se necesitaba y la posibilidad de repasar dicha técnica en el momento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto de mejora ha sido una herramienta útil para organizar, ordenar y conocer con exactitud el material quirúrgico utilizado por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología y del que disponemos nuestro Hospital. Además, ha servido también para actualizar los inventarios antiguos. Nos hubiera gustado la posibilidad de tener una plataforma online o de intranet donde poder subir y editar fácilmente dicho inventario, pero no ha sido posible. Este proyecto no acaba ahora, si no que debe continuarse para mantener actualizado el material quirúrgico y dar una mayor seguridad a nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/150 ===== ***

Nº de registro: 0150

Título
GUIA DEL MATERIAL PROTESICO Y OSTEOSINTESIS UTILIZADO EN QUIROFANO EN EL TRATAMIENTO DE PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL HOSPITAL OBISPO DE TERUEL

Autores:
OSCA GUADALAJARA MARTA, MUNIESA HERRERO MARIA PILAR, FLORIA ARNAL LUIS JAVIER, URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR, ROYO AGUSTIN MARIA, CASTRO SAURAS ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0150

1. TÍTULO

GUIA DEL MATERIAL PROTESICO Y OSTEOSINTESIS UTILIZADO EN QUIROFANO EN EL TRATAMIENTO DE PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Accesibilidad, comodidad, confort

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La especialidad de Cirugía ortopédica y traumatología trata las lesiones musculoesqueléticas del cuerpo desde el cuello hasta los pies. Las lesiones pueden requerir una reconstrucción ósea debido a fracturas, implante de prótesis debido a lesiones articulares o tratamiento mediante la utilización de material artroscópico para otro tipo de lesiones. Por ello, el cirujano Ortopeda y Traumatólogo emplea diariamente gran cantidad de material quirúrgico.

Además, existen en nuestro ámbito, múltiples empresas que ofrecen diferentes técnicas y materiales para los procedimientos quirúrgicos. Dentro de un mismo procedimiento, podemos encontrar diferentes tipos de materiales que se adaptan a las características de nuestros pacientes. Por ejemplo, en una prótesis de cadera, existen de tipo cementado o no cementado; vástagos y cotillos de tamaño, morfología y biomaterial diferentes; prótesis primarias o de revisión... Y todo ello con su material de implantación y técnica quirúrgica específica.

Dentro de todo este abanico de posibilidades, los cirujanos eligen el material quirúrgico que mejor se adapte a la patología que presenta el paciente, que sea sencillo y reproducible, así como coste-efectivo. Por ello, tanto el equipo de enfermería, como auxiliares como los propios cirujanos, nos encontramos con gran variedad disponible de material que debemos conocer y manejar en el momento de la cirugía.

La oferta de empresas dedicadas a la venta de productos quirúrgicos para nuestras cirugías es amplia permitiendo que exista un mercado de competencia económica así como la investigación continua y mejora de los materiales. Esto provoca que exista multitud de componente, que si no se conocen y se organizan de manera adecuada, pueden provocar errores quirúrgicos catastróficos para los pacientes.

Proponemos un plan de mejora en nuestro Hospital en la organización y conocimiento del material quirúrgico disponible por el Servicio de Cirugía Ortopedia y Traumatología, con el objetivo de evitar errores y garantizar un procedimiento quirúrgico adecuado.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera que todos los profesionales sanitarios del quirófano que vayan a estar presentes en los procedimientos puedan consultar el material quirúrgico disponible según el tipo de cirugía y la técnica quirúrgica del procedimiento elegido según la patología y el paciente.

MÉTODO

Realizar un inventario de todo el material quirúrgico que utiliza el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica que sirva de guía tanto para el Cirujano como los profesionales sanitarios que participan diariamente en las intervenciones quirúrgicas y evitar así posibles errores y asegurar unas condiciones de seguridad.

El inventario estará disponible en los ordenadores del quirófano y del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

INDICADORES

- Índice de errores por confusión en el material quirúrgico.
- Satisfacción y confianza del personal sanitario a la hora de afrontar la cirugía.

DURACIÓN

- Iniciar el proyecto desde el momento su aprobación. Tenerlo realizado en 6 meses e ir actualizándolo según los cambios que se vayan realizando.

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 - 2016/0109

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA BOTELLA ESTEBAN
• Profesión MEDICO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

THOMSON LLISTERRI CONCHA
ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE
GARZA TRASOBARES EMILIO
ARIÑO PEREZ INES
DOÑATE BORAO ANA BELEN
NOVELLA PERALTA SUSANA
LANCIS MORATA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Nuestro proyecto de mejora surgió de la necesidad, ya estudiada en proyectos previos en 2002 y 2007, de intentar reducir las molestias que provocan las exploraciones endoscópicas en los pacientes a través de la implementación de la sedación profunda.

Para ello lo primero fue procurar la formación adecuada tanto para el personal médico como el de enfermería realizando cursos sobre sedación en endoscopia avalados por las Sociedades Españolas de Gastroenterología y de Endoscopias Digestivas.

Posteriormente se elaboraron dos encuestas de satisfacción (Endoscopy Global Rating Scale- GRS) tanto para la gastroscopia como para la colonoscopia. Después de ser planteadas en la Unidad, se realizaron modificaciones consideradas de interés para nuestra situación.

En base a esas encuestas se llevó a cabo una base de datos con el programa Access para ir introduciendo los resultados.

A partir del pasado mes de noviembre se ha podido comenzar a entregar las encuestas a los pacientes que van acudiendo a realizarse una endoscopia. En principio se les insta a rellenarla posteriormente a la exploración y no inmediatamente tras la misma, con el fin de evitar el sesgo que pudiera provocar el efecto de la sedación. Cuando les es posible, tienen un buzón a su disposición para la entrega.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En total se han entregado 211 encuestas

Exponemos los resultados preliminares extraídos sobre las 73 encuestas cumplimentadas que han sido entregadas hasta el momento. De ellas, 22 corresponden a pacientes que se han realizado una gastroscopia y 51 a pacientes tras la realización de una colonoscopia

Como datos generales hemos podido determinar que:

- Mientras en la sedación de las gastroscopias se utilizó preferentemente Fentanilo +/- Midazolam y sólo en el 4.5% se sedó con Propofol, en el 88.2% de las colonoscopias se usó Propofol.
- El 45.5% de los encuestados que se realizaba una gastroscopia ya se había realizado otra previamente, cosa que en el caso de las colonoscopias ocurría hasta en el 64.7%
- En relación al solicitante de la exploración, el 49.3% de los casos habían sido solicitadas por el Médico de Atención Primaria, el 38% por un especialista de Digestivo y el 12.7% restante por otro especialista diferente.

A través del cuestionario se han analizado los diversos indicadores que se plantearon en nuestro Programa de Calidad:

1. Grado de satisfacción general

- Satisfacción global

Globalmente el 85.9% de los encuestados se sienten bastante o muy satisfechos tras la realización de la prueba.

- Disposición a someterse a una nueva endoscopia

Si fuera necesario se volverían a realizar otra exploración endoscópica el 98.6% de los pacientes

- Cumplimiento de las expectativas de los pacientes en relación a la calidad de la atención

El 98.4% de los pacientes encuestados indicaban que había existido una buena respuesta del personal médico y de enfermería ante sus necesidades durante las exploraciones

2. Accesibilidad y tiempos de espera

- Accesibilidad a la Unidad

En relación a la facilidad para encontrar la sala de endoscopias, para el 90% fue sencillo o muy sencillo, para el 8.6% lo esperable y sólo un 1.4% lo definió complicado

- Adecuación del tiempo de espera para la cita

El tiempo de espera medio para la realización de la endoscopia resultó ser de 7.6 semanas. En relación a ese tiempo los pacientes referían estar muy satisfechos en un 48.6% de los casos, bastante satisfechos el 15.7%,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0109

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

satisfechos el 34.3% y muy disconformes únicamente el 1.4%

- Adecuación del tiempo de espera previo al procedimiento

Un 69.4% se define bastante o muy satisfecho en cuanto al tiempo de espera en la sala de espera hasta que fueron llamados, el 26.4% se sentía satisfecho y un 4.2% insatisfecho o muy insatisfecho

3. Habilidades interpersonales de los profesionales de la salud

- Amabilidad del médico endoscopista

En cuanto a la atención, cortesía y amabilidad del médico endoscopista, un 87.1% piensan que fue muy buena o excelente, un 10% buena y un 2.9% regular o mala

- Percepción del nivel de preparación/competencias del médico endoscopista

Los pacientes se muestran bastante o muy satisfechos con las explicaciones que les dio el endoscopista sobre la exploración en un 62.9%, satisfechos en un 19.7% y poco o nada satisfechos en un 18.3%

- Amabilidad del personal de enfermería

En referencia a la atención, cortesía y amabilidad del personal de enfermería, para un 95.8% fue muy buena o excelente y en un 4.2% buena, no detectando en este caso opiniones negativas al respecto

4. Comodidad y privacidad

- Nivel de molestias de la preparación intestinal

El 89.9% de los pacientes a los que se les realizó una colonoscopia considera su tolerancia a la preparación intestinal como muy buena o buena, el 8.2% como regular y el 2% mala o muy mala

- Nivel de molestias durante la exploración

La experiencia de los pacientes en cuanto al dolor y la confortabilidad fue lo esperable o mejor de lo esperado en el 98.5%

La tolerabilidad percibida de la exploración fue la esperable o mejor en el 100% de los casos

- Preferencias en cuanto al nivel de sedación

El 50% de pacientes no recuerdan nada de la exploración que se les hizo. El 22.2% recordaban algo y un 27.8% decían recordarlo todo. Pese a ello, el 94.4% en una supuesta nueva exploración, le gustaría estar como ha estado, ni más alerta ni más dormido.

- Satisfacción en cuanto a la privacidad en la sala de endoscopia

En el caso de las colonoscopias, un 98% de pacientes tuvieron suficiente sensación de privacidad

5. Información previa y posterior al procedimiento

- Satisfacción con la información previa al procedimiento

En el 94.2% de los casos, el médico solicitante le había explicado al paciente el motivo de realización de la exploración. En el 89.7% también se les había informado en lo que consistía la prueba solicitada, la mayor parte de las veces con una información bastante clara o muy clara y sólo en el 9.5% de los casos esa información fue poco o nada clara.

La mayor parte de los encuestados se han sentido libres para realizar preguntas sobre sus dudas en la sala de endoscopias (95.8%)

- Satisfacción con la información durante y posterior al procedimiento

En cuanto a las explicaciones del endoscopista sobre los resultados de la prueba, un 55.1% se mostraban bastante o muy satisfechos, un 31.9% satisfechos y un 13% poco o nada satisfechos. Un 88.6% de los pacientes consideran importante o muy importante recibir explicaciones sobre los resultados preliminares aunque sólo a un 65.2% le parece importante recibir el informe en mano

En la mayor parte de casos, el 89.9%, los pacientes reconocen haber recibido información sobre los cuidados posteriores a la endoscopia que fue poco clara sólo en el 1.6%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Comparamos los resultados obtenidos en las preguntas fundamentales de las encuestas entregadas en 2007 y 2012 con las que se están entregando durante el presente año 2018. En 2007 las endoscopias digestivas se realizaban sin sedación, en 2012 estaba instaurada la sedación consciente con Midazolam +/- Fentanilo. Y para el 2018 se ha implementado el uso del Propofol.

Las encuestas, en todos los casos, utilizan una escala ordinal de 5 ítems de respuesta: malo=0, regular =1, bueno =2, muy bueno= 3, excelente =4. Con ello podemos realizar una media de puntuación de las preguntas. El grado de insatisfacción lo calculamos con el porcentaje de preguntas respondidas malo o regular sobre el total.

Porcentajes de insatisfacción según años (2007-2012-2018) en relación a:

- Demora en la cita (4.7% - 9.5% - 1.4%)
- Demora en el día de la prueba (8.8% - 9.9% - 4.2%)
- Cortesía del endoscopista (2.1% - 1% - 2.9%)
- Cortesía del personal de enfermería (1% - 0 - 0)
- Molestias gastroscopias (50.7% - 26.1% - 4.8%)
- Molestias colonoscopias (40% - 22.8% - 0)

Con la implementación de la sedación profunda con Midazolam +/- Fentanilo y Propofol podemos observar un descenso llamativo y progresivo a lo largo de los años de implantación del porcentaje de pacientes insatisfechos en relación a las molestias de las exploraciones endoscópicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0109

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

Para conseguir que los resultados sean lo más representativos posible, pretendemos proseguir con la entrega de encuestas hasta obtener un número de casos adecuado que nos permita tener más y mejor información sobre la opinión de los pacientes en cuanto a los aspectos a mejorar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/109 ===== ***

Nº de registro: 0109

Título
EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

Autores:
BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA, THOMSON LLISTERRI CONCHA, ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE, GARZA TRASOBARES EMILIO, ARIÑO PEREZ INES, DOÑATE BORAO ANA BELEN, NOVELLA PERALTA SUSANA, LANCIS MORATA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La endoscopia digestiva se ha convertido en una disciplina que facilita el diagnóstico de patología digestiva y permite realizar técnicas terapéuticas mínimamente invasivas que antes requerían intervenciones más agresivas como la cirugía. Por este motivo, son exploraciones que día a día se van realizando en mayor número. Cada vez resulta más imprescindible gestionar y garantizar la calidad de la atención del paciente
En el año 2007 se llevó a cabo un Proyecto de Calidad en nuestra Unidad para conocer el grado de satisfacción del paciente en la endoscopia digestiva. Se planteó un estudio de varios aspectos y uno de los que resultó ser más problemático fueron las molestias que los pacientes percibían durante la exploración y que nos hizo plantearnos la facilitación de sedación
En la actualidad se ofrece sedación consciente en la mayor parte de las exploraciones

RESULTADOS ESPERADOS

Evaluar la calidad de la atención en la Endoscopia Digestiva en nuestra Unidad centrándonos en la experiencia del paciente a través de la cumplimentación de un cuestionario: Endoscopy Global Rating Scale (GRS) con las modificaciones adecuadas a la situación de nuestra unidad.
Los resultados, una vez analizados, queremos también compararlos con los obtenidos en 2007

MÉTODO

Preparación del cuestionario	Unidad de Digestivo
Realización de la entrevista a cada paciente	Enfermería
Incorporación en una base de datos	Unidad de Digestivo
Análisis de los datos	Unidad de Digestivo

INDICADORES

A través del cuestionario se van a analizar varios aspectos:

- 1.satisfacción general
 - a. satisfacción global
 - b. disposición a someterse a una nueva endoscopia
 - c. cumplimiento de las expectativas de los pacientes en relación a la calidad de la atención
- 2.accesibilidad y tiempos de espera
 - a. accesibilidad a la Unidad
 - b. adecuación del tiempo de espera para la cita
 - c. adecuación del tiempo de espera previo al procedimiento
- 3.habilidades interpersonales de los profesionales de la salud
 - a. amabilidad del médico endoscopista
 - b. percepción del nivel de preparación/competencias del médico endoscopista

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0109

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

- c. amabilidad del personal de enfermería
- d. percepción del nivel de preparación/competencias del personal de enfermería
- 4.comodidad y privacidad
 - a. nivel de molestias de la preparación intestinal
 - b. nivel de molestias durante la exploración
 - c. preferencias en cuanto al nivel de sedación
 - d. satisfacción en cuanto a la privacidad en la sala de endoscopia
- 5.información previa y posterior al procedimiento
 - a. satisfacción con la información previa al procedimiento
 - b. satisfacción con la información durante y posterior al procedimiento

DURACIÓN

Realización de la encuesta	Noviembre-Diciembre 2016
Realización de la base de datos	Enero 2017
Realización de las encuestas	Febrero-Abril 2017
Análisis de los datos obtenidos	Mayo-Junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0109

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

Fecha de entrada: 26/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA TERESA BOTELLA ESTEBAN
• Profesión MEDICO/A
• Centro H OBISPO POLANCO
• Localidad TERUEL
• Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
• Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

THOMSON LLISTERRI CONCHA
ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE
GARZA TRASOBARES EMILIO
ARIÑO PEREZ INES
DOÑATE BORAO ANA BELEN
NOVELLA PERALTA SUSANA
LANCIS MORATA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Nuestro proyecto de mejora surgió de la necesidad, ya estudiada en proyectos previos en 2002 y 2007, de intentar reducir las molestias que provocan las exploraciones endoscópicas en los pacientes a través de la implementación de la sedación profunda.

Para ello lo primero fue procurar la formación adecuada tanto para el personal médico como el de enfermería realizando cursos sobre sedación en endoscopia avalados por las Sociedades Españolas de Gastroenterología y de Endoscopias Digestivas.

Posteriormente se elaboraron dos encuestas de satisfacción (Endoscopy Global Rating Scale- GRS) tanto para la gastroscopia como para la colonoscopia. Después de ser planteadas en la Unidad, se realizaron modificaciones consideradas de interés para nuestra situación.

En base a esas encuestas se llevó a cabo una base de datos con el programa Access para ir introduciendo los resultados.

Desde el mes de noviembre de 2017 a noviembre de 2018 se han entregado encuestas a los pacientes que acudían a realizarse una endoscopia. En principio se les instaba a rellenarla posteriormente a la exploración y no inmediatamente tras la misma, con el fin de evitar el sesgo que pudiera provocar el efecto de la sedación. Tenían un buzón a su disposición para la entrega o se les facilitaba sobre con franqueo pagado destinado a la Unidad de Endoscopias Digestivas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Exponemos los resultados extraídos sobre las 299 encuestas cumplimentadas que han sido entregadas. De ellas, 75 corresponden a pacientes que se han realizado una gastroscopia y 224 a pacientes tras la realización de una colonoscopia

Como datos generales hemos podido determinar que:

- En la sedación de las gastroscopias se utilizó preferentemente Fentanilo +/- Midazolam en un 61.3% y sólo en el 7.5% se sedó con Propofol. Se optó por realizarla sin sedación en el 25.3%, bien por preferencia del paciente o bien teniendo en cuenta su situación clínica. En cuanto a las colonoscopias en el 95.5% se realizaron con Propofol.
- El 61.3% de los encuestados que se realizaba una gastroscopia ya se había realizado otra previamente, cosa que en el caso de las colonoscopias ocurría en el 52.7%
- En relación al solicitante de la exploración, el 48.5% de los casos habían sido solicitadas por el Médico de Atención Primaria, el 39.2% por un especialista de Digestivo y el 12.3% restante por otro especialista diferente.

A través del cuestionario se han analizado los diversos indicadores que se plantearon en nuestro Programa de Calidad:

1. Grado de satisfacción general

- Satisfacción global
- Globalmente el 88.4% de los encuestados se sienten bastante o muy satisfechos tras la realización de la prueba.
- Disposición a someterse a una nueva endoscopia
- Si fuera necesario se volverían a realizar otra exploración endoscópica el 98.2% de los pacientes
- Cumplimiento de las expectativas de los pacientes en relación a la calidad de la atención
- El 97% de los pacientes encuestados indicaban que había existido una buena respuesta del personal médico y de enfermería ante sus necesidades durante las exploraciones

2. Accesibilidad y tiempos de espera

- Accesibilidad a la Unidad
- En relación a la facilidad para encontrar la sala de endoscopias, para el 95.3% fue sencillo o muy sencillo, para el 4% lo esperable y sólo un 0.7% lo definió complicado
- Adecuación del tiempo de espera para la cita

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0109

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

El tiempo de espera medio para la realización de la endoscopia resultó ser de 6.4 semanas. En relación a ese tiempo los pacientes referían estar muy satisfechos en un 49.6% de los casos, bastante satisfechos el 19.2%, satisfechos el 26.8% y disconformes o muy disconformes únicamente el 4.3%

- Adecuación del tiempo de espera previo al procedimiento

Un 68.5% se define bastante o muy satisfecho en cuanto al tiempo de espera en la sala de espera hasta que fueron llamados, el 24.7% se sentía satisfecho y un 6.8% insatisfecho o muy insatisfecho

3. Habilidades interpersonales de los profesionales de la salud

- Amabilidad del médico endoscopista

En cuanto a la atención, cortesía y amabilidad del médico endoscopista, un 88.6% piensan que fue muy buena o excelente, un 10% buena y un 1.4% regular o mala

- Percepción del nivel de preparación/competencias del médico endoscopista

Los pacientes se muestran bastante o muy satisfechos con las explicaciones que les dio el endoscopista sobre la exploración en un 67%, satisfechos en un 23.5% y poco o nada satisfechos en un 9.5%

- Amabilidad del personal de enfermería

En referencia a la atención, cortesía y amabilidad del personal de enfermería, para un 95.6% fue muy buena o excelente, en un 4.1% buena y para un 0.3% regular

4. Comodidad y privacidad

- Nivel de molestias de la preparación intestinal

El 85.9% de los pacientes a los que se les realizó una colonoscopia considera su tolerancia a la preparación intestinal como muy buena o buena, el 10.9% como regular y el 3.2% mala o muy mala

- Nivel de molestias durante la exploración

La experiencia de los pacientes en cuanto al dolor y la confortabilidad fue lo esperable o mejor de lo esperado en el 99.3 y 99.6% respectivamente

La tolerabilidad percibida de la exploración fue la esperable o mejor en el 100% de los casos

- Preferencias en cuanto al nivel de sedación

El 56.8% de pacientes no recuerdan nada de la exploración que se les hizo. El 23.8% recordaban algo y un 19.4% decían recordarlo todo. Pese a ello, el 95% en una supuesta nueva exploración, le gustaría estar como ha estado, ni más alerta ni más dormido.

- Satisfacción en cuanto a la privacidad en la sala de endoscopia

En el caso de las colonoscopias, un 99.5% de pacientes tuvieron suficiente sensación de privacidad

5. Información previa y posterior al procedimiento

- Satisfacción con la información previa al procedimiento

En el 95.5% de los casos, el médico solicitante le había explicado al paciente el motivo de realización de la exploración. En el 93.7% también se les había informado en lo que consistía la prueba solicitada, la mayor parte de las veces con una información bastante clara o muy clara y sólo en el 3.3% de los casos esa información fue poco o nada clara.

La mayor parte de los encuestados se han sentido libres para realizar preguntas sobre sus dudas en la sala de endoscopias (94.5%)

- Satisfacción con la información durante y posterior al procedimiento

Los pacientes se encontraban satisfechos en cuanto a las explicaciones previas sobre la exploración dadas por el endoscopista en la sala en un 90,5%. En cuanto a las explicaciones sobre los resultados de la prueba, un 62.2% se mostraban bastante o muy satisfechos, un 30.9% satisfechos y un 6.9% poco o nada satisfechos. Un 92.5% de los pacientes consideran importante o muy importante recibir explicaciones sobre los resultados preliminares aunque sólo a un 76.5% le parece importante recibir el informe en mano

En la mayor parte de casos, el 94.2%, los pacientes reconocen haber recibido información sobre los cuidados posteriores a la endoscopia que fue poco clara sólo en el 3%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Comparamos los resultados obtenidos en las preguntas fundamentales de las encuestas entregadas en 2007 y 2012 con las que se están entregando durante el presente año 2018. En 2007 las endoscopias digestivas se realizaban sin sedación, en 2012 estaba instaurada la sedación consciente con Midazolam +/- Fentanilo. Y para el 2018 se ha implementado el uso del Propofol.

Las encuestas, en todos los casos, utilizan una escala ordinal de 5 ítems de respuesta: malo=0, regular =1, bueno =2, muy bueno= 3, excelente =4. Con ello podemos realizar una media de puntuación de las preguntas. El grado de insatisfacción lo calculamos con el porcentaje de preguntas respondidas malo o regular sobre el total.

% de insatisfacción en cuanto a.... en 2002; 2007; 2018

Demora en la cita 4.7% 9.5% 4.3%

Demora el día de la exploración 8.8% 9.9% 6.8%

Cortesía del endoscopista 2.1% 1% 1.4%

Cortesía personal de enfermería 1% 0 0.3%

Explicaciones médico solicitante 7.3% 3.4% 3.3%

Explicaciones resultados endoscopista 6.2% 2.4% 9.5%

Molestias gastroscopia 50.7% 26.1% 17.6%

Molestias colonoscopia 40% 22.8% 17.3%

Molestias preparación del colon 50% 25% 14.1%

Puntuación insatisfacción global 7.9% 3% 2.5%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0109

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA CENTRADA EN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE TRAS LA IMPLEMENTACION DE LA SEDACION

- 1.satisfacción general
 - a. satisfacción global
 - b. disposición a someterse a una nueva endoscopia
 - c. cumplimiento de las expectativas de los pacientes en relación a la calidad de la atención
- 2.accesibilidad y tiempos de espera
 - a. accesibilidad a la Unidad
 - b. adecuación del tiempo de espera para la cita
 - c. adecuación del tiempo de espera previo al procedimiento
- 3.habilidades interpersonales de los profesionales de la salud
 - a. amabilidad del médico endoscopista
 - b. percepción del nivel de preparación/competencias del médico endoscopista
 - c. amabilidad del personal de enfermería
 - d. percepción del nivel de preparación/competencias del personal de enfermería
- 4.comodidad y privacidad
 - a. nivel de molestias de la preparación intestinal
 - b. nivel de molestias durante la exploración
 - c. preferencias en cuanto al nivel de sedación
 - d. satisfacción en cuanto a la privacidad en la sala de endoscopia
- 5.información previa y posterior al procedimiento
 - a. satisfacción con la información previa al procedimiento
 - b. satisfacción con la información durante y posterior al procedimiento

DURACIÓN

Realización de la encuesta	Noviembre-Diciembre 2016
Realización de la base de datos	Enero 2017
Realización de las encuestas	Febrero-Abril 2017
Análisis de los datos obtenidos	Mayo-Junio 2017

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 : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1051

1. TÍTULO

MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA Y CONSULTA DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES EXTERNOS

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL PEREZ HERNANDEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA HERRERO LUISA
SANCHIS MOTILLA ROSA
MORTE PASCUAL ASCENSION
MARTIN PEREZ MARIA DOLORES
CONDE PEREZ MARIA DOLORES
NOVELLA PERALTA JUDIT
GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.-Redistribución de tareas por bloques a las Tcaes en el servicio de farmacia(repartición de los carros unidosis por unidades/persona, control de medicación en estanterías, caducidades, stock ..)
- 2.-Implantación de horario para las peticiones de carro de unidosis en las distintas unidades.
- 3.- Elaboración de un folleto de diluciones de los medicamentos para utilizarlos en las unidades.
- 4.-Gestión por una única persona en la consulta de medicamentos para pacientes externos.
- 5.- Elaboración de un díptico con la información necesaria para el paciente de la consulta externa.
6. Repartición de una encuesta de satisfacción al paciente de al consulta externa.
- 7.-Realización de un curso con el manejo de medicación y seguridad el paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se establece un cauce de comunicación entre el servicio y las supervisoras
Se definieron nuevos horarios de pedidos y se analizaron situaciones excepcionales que causaban conflicto. Esta medida mejoró el número de quejas a la Dirección de Enfermería, de llamadas a la supervisora de guardia y disminuyó la devolución de medicamentos caducados.

La consulta del paciente externo se considera de gran importancia dentro del servicio de farmacia por eso la gestión por una única persona conlleva beneficios sociales y económicos.
Valoración positiva del curso realizado por parte del alumnado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las reuniones periódicas en la unidad se consideran una buena medida para mejorar los canales de comunicación, clima de trabajo y potencian el cambio.
Que exista una persona responsable de la consulta mejora la gestión de pedidos y la satisfacción del paciente.
La formación fomenta buenas prácticas relacionadas con la seguridad del paciente.
La coordinación y colaboración continúa con las supervisoras de la unidad mejora la gestión integral de la medicación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1051 ===== ***

Nº de registro: 1051

Título
MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA Y CONSULTA DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES EXTERNOS

Autores:
PEREZ HERNANDEZ RAQUEL, GARCIA HERRERO LUISA, SANCHIS MOTILLA ROSA, AGUSTIN MORENO MARIA TERESA, MORTE PASCUAL ASCENSION, MARTIN PEREZ MARIA DOLORES, CONDE PEREZ MARIA DOLORES, NOVELLA PERALTA JUDIT

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1051

1. TÍTULO

MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA Y CONSULTA DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES EXTERNOS

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La farmacia del Hospital Obispo Polanco se basa en el uso seguro, adecuado y eficiente de los medicamentos. Es una unidad central que da apoyo a todo el hospital, por lo que conseguir un adecuado funcionamiento de la misma es primordial para conseguir a su vez una mejor atención de los pacientes. La atención farmacéutica integral de los pacientes consiste en proporcionar información y dispensar medicamentos tanto de uso hospitalario, como medicamentos de uso compasivo, medicamentos extranjeros, Fórmulas magistrales o la atención personalizada de los pacientes con resolución de las dudas planteadas. La detección de esta oportunidad de mejora ha venido por diferentes ámbitos: 1) El personal del Servicio ha detectado una comunicación deficiente con las Unidades de Hospitalización, 2) Demanda formación específica sobre el manejo de medicación y 3) Amplia rotación por los distintos puestos de la Unidad de Farmacia, lo que supone una no especialización y se han detectado algunos problemas en la Consulta de Pacientes externos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar los procesos organizativos que inciden en el funcionamiento de la Unidad de Farmacia y en la Consulta de Pacientes Externos: mejora de la atención y servicio.
- Mejorar la comunicación con los Servicios del Hospital en relación a las peticiones, devolución de medicación...
- Fomentar la seguridad del Paciente a través de la formación.
- Especialización del Personal con asignación de tareas por bloques y rotaciones programadas.
- Aumentar la Satisfacción de los pacientes que acuden a la Consulta

MÉTODO

Definición de las actividades y funciones que se desarrollan en la Unidad con el reparto de actividades lineal a las cargas de trabajo asociadas a cada puesto. Descripción de Consulta de Pacientes Externos para mejorar la Eficacia y Eficiencia del registro, reparto y control del gasto (incluida dentro del Acuerdo de Gestión con la Unidad)
Se trabajará en los sistemas de información y comunicación del personal con las Supervisoras de Unidad para optimizar el tiempo de pedidos y peticiones.
Formación específica sobre consejos de almacenaje, diluciones, identificación, uso de medicación de alto riesgo a través de sesiones y cursos.

INDICADORES

1. N° reuniones llevadas a cabo en el Servicio que dispongan de Acta (al menos una).
2. Elaboración de un documento que recoja las funciones del con asignación y distribución de tareas por bloques y rotaciones programadas.
3. Elaboración de un documento que describa la Consulta de medicamentos para Pacientes Externos. Material a aportar a los Usuarios.
4. Encuesta de Satisfacción a los Usuarios de la Consulta de Pacientes Externos.
Seguimiento cada cuatro meses para valorar el cumplimiento de los objetivos propuestos. La encuesta de Satisfacción se plantea a final de año.

DURACIÓN

Enero-Febrero: Reunión en el Servicio de Farmacia para trabajar en la definición de puestos. Elaboración de documento que defina la Unidad y la Consulta de Pacientes Externos.
Marzo-Abril: Creación de documentación para la Consulta y mejora de la dinámica de trabajo según la descripción de objetivos a conseguir. Se recogerán los primeros indicadores del cuatrimestre para valorar el grado de cumplimiento de los objetivos.
Mayo-Junio: Acciones formativas, bien como sesión, taller o curso.
Octubre-diciembre: Evaluación del nuevo sistema de reparto de funciones. Encuesta de satisfacción a los usuarios de la Consulta y a los trabajadores y farmacéuticos sobre el funcionamiento respecto al año anterior, gestión de medicación, pedido, stock, gestión de la farmacia... Se llevarán a cabo nuevas acciones formativas.

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: 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 - 2016/1723

1. TÍTULO

UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE FERNANDO LEON GALVE ROYO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTRO SAURAS ANGEL
RENAU HERNANDEZ ESMERALDA
ORELLANA GARCIA RAQUEL
CATALAN EDO PILAR
PLUMED JUSTE MARIA TERESA
GALVE ROYO AGUSTIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado ajustes en las agendas de COT y rehabilitación (oferta específica en rehabilitación para apacientes UME)
Reuniones conjuntas Primaria- Especializada de coordinadores y diferentes miembros de COT y RHB: 2, una en primer semestre y otra en el segundo semestre
Se han establecido criterios uniformes de Sector. Documento conjunto, consensado para las 4 especialidades que participan en el proyecto (COT, RHB, Primaria, Reumatología).
Multitud de correos electrónicos con primaria y Servicios de Hospital
Se ha integrado Proyecto de Interconsulta Virtual (PIV) con UME a final de año 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- Se han sentado criterios de organización y liderazgo compartido y un grupo funcional de trabajo para la patología musculoesquelética en el sector.
2.- Se dispone de documento con criterios consensado en la intranet. en octubre de 2017
3.- Se han realizado más de 2 reuniones conjuntas entre Direcciones de Primaria y los servicios Hospitalarios. Se han realizado 2 reuniones tipo taller entre profesionales de Primaria y Hospital.
4.- Reducción de la demora media en COT de más de 100 días a unos 80 días. Ha aumentado sin embargo en Rehabilitación
5.- Se han respetado los plazos establecidos para los objetivos del primer año

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha fortalecido la idea de grupo, y se refuerza también la identidad de sistema. Se trabaja más como un proceso que como circuito artificial médico de primaria-especialista. Se aceptan más los límites de los dos niveles, no se exige sino que se trabaja con expectativas reales.
Son muy útiles las reuniones mixtas primaria y Hospital, pero con orden de trabajo, y taller práctico sobre herramientas.
Al establecer mejor herramienta de comunicación (PIV) ha mejorado mucho la relación entre niveles y se han optimizado las derivaciones y se reducen las visitas innecesarias pero se ha puesto en evidencia el sistema tan rígido de citaciones que impide autonomía de organización.
Se han sentado bases para trabajar en prácticas de valor. El impacto de estas medidas se apreciarán más adelante. Todavía estamos muy lastrados por el sistema de citaciones y la gestión de las mismas, que nos hace perder autonomía en la comunicación entre los dos niveles.
Sería CONVENIENTE ESTABLECER PLAZOS MÍNIMO BIANUALES O TRIANUALES para evaluar el impacto de este tipo de proyectos.

7. OBSERVACIONES.

Se agradece y sería muy pertinente tener responsables específicos en cada centro recordatorios.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1723 ===== ***

Nº de registro: 1723

Título
UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

Autores:
GALVE ROYO FERNANDO LEON, CASTRO SAURAS ANGEL, RENAU HERNANDEZ ESMERALDA, ORELLANA GARCIA RAQUEL, CATALAN EDO PILAR, PLUMED JUSTE MARIA TERESA, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, GALVE ROYO AGUSTIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1723

1. TÍTULO

UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La suma de pacientes que solicitan consulta a los Servicios de COT, RHB y Reumatología supone más de 1/3 de las primeras consultas de Atención Especializada. Actualmente existe una demora media de más de 100 días y más de 1300 pacientes pendientes de primera visita en COT. Conocemos además que más de la mitad de los motivos de consulta a COT se beneficiarían antes de una valoración por RHB y sobre todo de una buena comunicación entre niveles que organizándose pueda mejorar la accesibilidad a los fragmentados recursos incluida la fisioterapia. Hoy se cita y después se gestiona, pretendemos gestionar primero y citar después.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Organización de una Unidad Funcional entre los Servicios de COT, RHB, Reumatología y Atención Primaria
- 2.- Desarrollo de un documento único con criterios y funcionamiento
- 3.- Establecer circuitos de comunicación coordinados interservicios
- 4.- Disminuir y adecuar la demora media de atención a los pacientes con patología musculoesquelética
- 5.- Mejorar la accesibilidad del paciente al sistema
- 6.- Optimizar Recursos
- 7.- Adecuar expectativas de la población

MÉTODO

- 1.- Creación de un grupo de trabajo y Elaboración de un Documento Único que regule el procedimiento de atención a pacientes con patología musculoesquelética en el Sector de Teruel, que recogerá circuitos, criterios de derivación, tiempos de respuesta de solicitudes, responsables de priorización y consultas preferentes, circuitos internos y mecanismos de comunicación
- 2.- Difusión a los Centros de SALUD
- 3.- Reuniones (al menos dos) primaria y especializada)
- 4.- Coordinación de los Servicios de admisión y citaciones de Atención Primaria y Hospital
- 5.- implantación de herramientas como interconsulta virtual
- 6.- Mínimo de 4 reuniones al año del grupo de trabajo
- 7

INDICADORES

- 1.- Demora media:
Definición del indicador: Definición de demora media:
Fuente de Datos: HISS
Valor a alcanzar: inferior a 50 días en las tres especialidades COT, RHB y Reumatología
- 2.- Reclamaciones por demora en la Especialidad de COT
Definición del indicador: Reducción en el número de reclamaciones por demora (Número de reclamaciones en 2016- número de reclamaciones en 2017/ número de reclamaciones en 2016 x 100)
Fuente de Datos: Registro de Servicio de Atención al paciente
Valor a alcanzar: 50%
Límite Inferior
Límite superior
- 3.- Número de interconsultas realizadas por interconsulta Virtual
Definición del indicador:
Fuente de Datos: Servicios Centrales/Auditoria
Valor a alcanzar: 50%
Límite Inferior
Límite superior
- 4.- Informe del grupo de trabajo.
Definición de los indicadores para monitorizar el proyecto y los resultados, incluir la fuente de datos y el estándar (valor a alcanzar y/o los límites superior e inferior de calidad)

DURACIÓN

- 1.- Creación Grupo de Trabajo . marzo 2017
- 2.- Elaboración Documento Único: junio 2017
- 3.- Difusión a los centros. Telemática en primer semestre y presencial desde Abril-Diciembre (tres por año)
- 4.- reuniones con Admisión y coordinación recepción de motivos de consulta y circuito de citaciones en segundo semestre 2017
- 5.- Implantación primer trimestre de 2018

OBSERVACIONES

Afecta a varias líneas estratégicas, adecuación, continuidad asistencial, atención a tiempo, etc

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1723

1. TÍTULO

UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

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 - 2016/1723

1. TÍTULO

PROYECTO UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE FERNANDO LEON GALVE ROYO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTRO SAURAS ANGEL
RENAU HERNANDEZ ESMERALDA
ORELLANA GARCIA RAQUEL
CATALAN EDO PILAR
PLUMED JUSTE MARIA TERESA
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE
GALVE ROYO AGUSTIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto se propuso en 2016 hace ya dos años, pero prácticamente se inició a finales de 2017. El objetivo principal era poder reorientar a pacientes con patología musculoesquelética hacia el recurso más pertinente y adecuando la demora. Sabíamos que había un gran volumen de pacientes en la lista de espera de Cirugía Ortopédica (más de 1000) que realmente se beneficiarían más de una buena comunicación previa y de medicina física que de un posible tratamiento quirúrgico ¿Por qué no intentarlo entonces? La forma de conseguirlo, mejorar la comunicación entre niveles, antes de movilizar al paciente. Hasta la fecha, cada especialidad había tenido sus contactos discretos y puntuales con los médico proveedores de pacientes, atención primaria, pero de forma discreta o testimonial, y en alguna de ellas, ni siquiera se habían llegado a definir nunca expectativas.

Propusimos prorrogar porque entendemos que es un proyecto que necesita un ciclo más largo que el clásico de un año. Durante el primer año pudimos organizar un equipo de trabajo multidisciplinar en el que participaron una representación de los profesionales de las especialidades implicadas para poder conseguir un documento de consenso, que nos ha permitido vertebrar todas las actuaciones y que ha servido de referencia. También durante el primer año se revisaron circuitos, criterios de derivación desde atención primaria por especialidades y circuitos de derivación interna o de consulta entre las diferentes especialidades del Hospital. Para ello se organizaron reuniones con la Dirección de Atención Primaria y de Hospital y los interlocutores de las especialidades implicadas (3 al menos) y encuentros con los coordinadores de los equipos de Atención Primaria para debatir criterios de derivación y los circuitos, las dificultades encontradas y soluciones propuestas. La magnitud de población a la que afecta, prácticamente un tercio de la lista de espera de consultas externas (unos 1200 a 1500 pacientes) y el número de profesionales de diferentes servicios que interviene (9 de COT, 1 en Reuma, 3 en Rehabilitación, Atención Primaria más de 90 ...) necesitan de tiempo para invertir tendencias y rutinas establecidas. En cualquier caso podemos decir que ya hemos obtenido resultados en parte satisfactorios al iniciar este proyecto e incluir también la interconsulta virtual, con la que no contábamos inicialmente cuando diseñamos el proyecto, ni tampoco se apostaba desde Servicios Centrales para implantarla en especialidades con una gran número de pacientes en lista de espera de consultas de patologías de la esfera de musculoesquelético. Otra oportunidad que se aprovechó fue complementar el proyecto inicial con la adecuación de prescripción de pruebas de imagen, con objeto de coordinarlo, adecuar indicaciones y optimizar su uso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Explicamos a continuación, indicador por indicador, acciones y también resultados obtenidos

a) Interconsultas Virtuales. Porcentaje de IV realizadas y respondidas por el servicio de RHB y por COT. Valor objetivo. 100%.
En noviembre de 2018, en el corte de 31 de octubre hay un 100% de respuesta de IV en RHB (121/121) y de estas se han resuelto el 57%. En reumatología hay 97% (38/39) y un 29% de resolución. En COT hay un 100% (202/202) y un 41% de resolución. Las tres especialidades suman 360 IV, un tercio básicamente de las 1146 del mes de octubre.

b) Demora media en COT a 30 de junio de 2018 : valor Objetivo inferior a 50 días. 4.- Demora media en COT a 31 de diciembre de 2018 inferior a 40 días.

La demora media en COT a 3 de diciembre de 2018 es de 47 días y hay 451 pacientes en lista de espera de consultas externas. Esta especialidad es una de las contempladas en el decreto de garantías. En años previos el número de pacientes superaba los 1000 en lista de espera de consultas y la demora media ha estado en cifras superiores a los 60 días en los años previos. Si bien unos años antes se controlaba la demora media, era a expensas de incrementar número de primeras vistas y de utilizar recurso de COT para valoración de pacientes que realmente eran más de medicina física, esfuerzos en gestión económica y organizativas de los servicios, pero con error de planteamiento desde un principio.

c) Demora media en RHB a 30 de junio: valor objetivo inferior a 60 días.

La demora media en RHB es de 82 días y hay 587 pacientes en lista. Esto es porque se ha redistribuido, por primera vez y adecuadamente, los pacientes que estaban en LE de COT y que no eran de COT están ahora en la lista que efectivamente les corresponde, que es RHB. Para planificar esto es esencial, necesitamos reorganizar la Fisioterapia junto con la RHB pero trabajando en conjunto con COT y Reuma.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1723

1. TÍTULO

PROYECTO UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

d) Índice sucesivas/primeras en COT inferior a 3.
No se ha alcanzado este objetivo posiblemente también porque al depurar los pacientes y filtrar previamente, ya se selecciona aquellos que son más de seguimiento en COT. A 31 de octubre el índice sucesivas primeras es de 5,1. Seguiremos trabajando con el Servicio las revisiones de pacientes.

e) Talleres conjuntos Primaria -Hospital sobre interconsulta virtual. Valor objetivo 1 al menos (lugar. Atención primaria).
Se han realizado un taller conjunto con primaria-RHB-COT-Reuma-Radiodiagnóstico, en el Centro de salud Ensanche de Teruel, el 25 de octubre. Acudieron varios coordinadores de otros centros y se aportaron unas Diapositivas con circuitos y criterios de derivación, y se analizaron algunas IV realizadas y dudas. Fue participativo y creemos que un primer paso, aunque deberíamos seguir realizando tareas y talleres conjuntos

f) Taller de patología musculoesquelética (contenido clínico) .Valor Objetivo: 1 al menos (lugar: Hospital).
Se han realizado sesiones conjuntas con radiodiagnóstico, COT y RHB para concretar algunas solicitudes de pruebas de imagen en esta patología concreta.

g) Circuito paciente con patología de Unidad de Columna. Valor objetivo: Equipo de sector constituido y normas de funcionamiento (criterios de derivación a HUMS, reuniones de comité, etc).
Se ha organizado el circuito con la unidad de Columna HUMS y se ha implicado a los siguientes servicios del Hospital para coordinar las derivaciones y criterios: Unidad del Dolor (Anestesiología), Neurología, COT, RHB y Reumatología. Se necesitaría analizar volumen de derivaciones que se realizaba y cómo se derivaba (adecuación) y resultados (cuantos delos derivados sean beneficiado de técnicas de cuarto escalón) y comparar con los resultados en un plazo de un año. Es la propuesta de nuevo proyecto que proponemos desde Dirección para otros años siempre y cuando se mantenga el liderazgo clínico que permita coordinar 6 especialidades diferentes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En primer lugar, no precipitarse por los plazos. A veces los plazos y ciclos que regulan estos proyectos están sujetos más a criterios de índole económico-administrativo, como son la necesidad de responder a unos objetivos en materia de acuerdos de gestión o de objetivos alcanzados en productividad, que hace que no se disponga de tiempo necesario ni para implementar las medidas ni para tampoco obtener o esperar y dar tiempo a obtener y medir resultados. Si no da tiempo en un año, conviene prorrogar otro más el resultado final de la memoria.
Otra oportunidad que se aprovechó fue complementar el proyecto inicial con la adecuación de prescripción de pruebas de imagen, con objeto de coordinarlo, adecuar indicaciones y optimizar su uso (en fase de implementación. También requiere liderazgo y constancia. Veremos resultados en otros proyectos más adelante).
Redimensionar recursos ¿quién se atreve? No tenemos que formar más especialistas en COT, con mantener la formación y el relevo generacional sería suficiente, sin embargo si que hay que potenciar y mucho la fisioterapia en Atención Primaria, coordinada con COT y RHB del Hospital. Posiblemente necesitaríamos un médico Rehabilitador y dos Fisioterapeutas más en el sector de Teruel.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1723 ===== ***

Nº de registro: 1723

Título
UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

Autores:
GALVE ROYO FERNANDO LEON, CASTRO SAURAS ANGEL, RENAU HERNANDEZ ESMERALDA, ORELLANA GARCIA RAQUEL, CATALAN EDO PILAR, PLUMED JUSTE MARIA TERESA, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, GALVE ROYO AGUSTIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1723

1. TÍTULO

PROYECTO UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La suma de pacientes que solicitan consulta a los Servicios de COT, RHB y Reumatología supone más de 1/3 de las primeras consultas de Atención Especializada. Actualmente existe una demora media de más de 100 días y más de 1300 pacientes pendientes de primera visita en COT. Conocemos además que más de la mitad de los motivos de consulta a COT se beneficiarían antes de una valoración por RHB y sobre todo de una buena comunicación entre niveles que organizándose pueda mejorar la accesibilidad a los fragmentados recursos incluida la fisioterapia. Hoy se cita y después se gestiona, pretendemos gestionar primero y citar después.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Organización de una Unidad Funcional entre los Servicios de COT, RHB, Reumatología y Atención Primaria
- 2.- Desarrollo de un documento único con criterios y funcionamiento
- 3.- Establecer circuitos de comunicación coordinados interservicios
- 4.- Disminuir y adecuar la demora media de atención a los pacientes con patología musculoesquelética
- 5.- Mejorar la accesibilidad del paciente al sistema
- 6.- Optimizar Recursos
- 7.- Adecuar expectativas de la población

MÉTODO

- 1.- Creación de un grupo de trabajo y Elaboración de un Documento Único que regule el procedimiento de atención a pacientes con patología musculoesquelética en el Sector de Teruel, que recogerá circuitos, criterios de derivación, tiempos de respuesta de solicitudes, responsables de priorización y consultas preferentes, circuitos internos y mecanismos de comunicación
- 2.- Difusión a los Centros de SALUD
- 3.- Reuniones (al menos dos) primaria y especializada)
- 4.- Coordinación de los Servicios de admisión y citaciones de Atención Primaria y Hospital
- 5.- implantación de herramientas como interconsulta virtual
- 6.- Mínimo de 4 reuniones al año del grupo de trabajo
- 7

INDICADORES

- 1.- Demora media:
Definición del indicador: Definición de demora media:
Fuente de Datos: HISS
Valor a alcanzar: inferior a 50 días en las tres especialidades COT, RHB y Reumatología
- 2.- Reclamaciones por demora en la Especialidad de COT
Definición del indicador: Reducción en el número de reclamaciones por demora (Número de reclamaciones en 2016- número de reclamaciones en 2017/ número de reclamaciones en 2016 x 100)
Fuente de Datos: Registro de Servicio de Atención al paciente
Valor a alcanzar: 50%
Límite Inferior
Límite superior
- 3.- Número de interconsultas realizadas por interconsulta Virtual
Definición del indicador:
Fuente de Datos: Servicios Centrales/Auditoria
Valor a alcanzar: 50%
Límite Inferior
Límite superior
- 4.- Informe del grupo de trabajo.
Definición de los indicadores para monitorizar el proyecto y los resultados, incluir la fuente de datos y el estándar (valor a alcanzar y/o los límites superior e inferior de calidad)

DURACIÓN

- 1.- Creación Grupo de Trabajo . marzo 2017
- 2.- Elaboración Documento Único: junio 2017
- 3.- Difusión a los centros. Telemática en primer semestre y presencial desde Abril-Diciembre (tres por año)
- 4.- reuniones con Admisión y coordinación recepción de motivos de consulta y circuito de citaciones en segundo semestre 2017
- 5.- Implantación primer trimestre de 2018

OBSERVACIONES

Afecta a varias líneas estratégicas, adecuación, continuidad asistencial, atención a tiempo, etc

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 - 2016/1723

1. TÍTULO

PROYECTO UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1321

1. TÍTULO

PROGRAMA DE REPASO DE EDUCACION DIABETOLOGICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 1

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE LUIS CIPRES CASASNOVAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA
LARDIES SANCHEZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado sesiones de educación diabetologica personalizadas a 10 pacientes con diabetes mellitus tipo 1. Fundamentalmente nos hemos centrado en dos objetivos: mejorar el autocontrol de su transtorno y enseñarles a prevenir las hipoglucemias. Se ha elaborado y entregado material propio para la realización del autocontrol. No se han realizado sesiones educativas conjuntas por la dificultad de coordinar los horarios de los pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Han mejorado en el conocimiento y realizacion del autocontrol: esto se ha evaluado interrogandoles acerca del conocimiento y aplicación de los criterios de autocontrol propios entregados. Tambien han mejorado en la prevención de las hipoglucemias; evaluado en función del dato de que no han tenido ninguna hipoglucemia severa durante el periodo transcurrido (desde junio de 2017).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han conseguido mejoras en el conocimiento y control de la diabetes asi como en la prevencion de las hipoglucemias. El hecho de que no se hayan podido realizar sesiones formativas conjuntas no nos parece una dificultad, damos mas valor a la formación individual. La experiencia es buena y por esta razón planteamos extender la iniciativa, tambien con material propio, a pacientes diabeticos tipo 2 que esten en tratamiento con insulina.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1321 ===== ***

Nº de registro: 1321

Título
PROYECTO DE MEJORA: PROGRAMA DE REPASO DE EDUCACION DIABETOLOGICA EN DM1

Autores:
MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA, CIPRES CASASNOVAS LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La educación diabetológica es parte esencial en el tratamiento de pacientes diabéticos tanto si reciben tratamiento con insulina bolo-basal, como si lo realizan con sistema de infusión continua de insulina, recibir una educación diabetologica reglada y normalizada dentro de un programa de formación tanto individualizado como grupal supone una mejoría en la calidad de vida y en el control glucémico. En el momento actual únicamente disponemos de guías de práctica clínica orientada a especialistas en endocrinología y a educadores en diabetes sobre el inicio teórico con el que se debe formar al pacientes en DM, pero este material no se ha adaptado de modo educativo para la formación para pacientes. El aporte de este material dentro de un marco de educación diabetológica estructurada es fundamental para el éxito de este tipo de tratamiento y por lo tanto conseguir nuestros objetivos y minimizar costes innecesarios

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1321

1. TÍTULO

PROGRAMA DE REPASO DE EDUCACION DIABETOLOGICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 1

derivados de una incorrecta utilización del tratamiento.

Otro problema añadido de la DM1, es que se trata de una enfermedad crónica y es necesario la realización de una educación continuada tanto de repaso de conocimientos como de adquisición de nuevas aptitudes, para alcanzar estos objetivos dos alternativas con las que contamos son, la primera el aporte de material actualizado a los pacientes y por otro la realización de sesiones educaciones conjuntas, en grupos de 5-8 pacientes para la optimización de los recursos y las ventajas que supone la relación entre pacientes con la misma patología.

RESULTADOS ESPERADOS

Actualizar conocimientos de educación diabetológica .

La terapia con pauta basal-bolo, es una opción de tratamiento en pacientes seleccionados DM1 con mal control glucémico o hipoglucemias repetitivas.

MÉTODO

DESARROLLO DEL PROYECTO

El desarrollo del proyecto se realizará a través de la entrega de material de educación diabetológica en la consulta habitual de endocrinología y repaso de dudas en la segunda visita

CONTENIDOS DE LA SESIÓN FORMATIVA

- Repaso de conceptos generales .
- Repaso de concepto Factor de sensibilidad y ratio ración/ hidrato de carbono.
- Bolo corrector
- Situaciones especiales: Enfermedad y viajes.
- Como afrontar el ejercicio en la DM1.

INDICADORES

La evaluación se realizará en primer lugar con el control glucémico (HbA) antes de la formación, a los tres meses y al año; como indicadores utilizaremos: número de pacientes dentro de objetivos (HbA) e hipoglucemia. Se solicitará a los pacientes un cuestionario sobre cambios producidos desde la sesión de actualización, mejoría de la adaptación al tratamiento, mayor seguridad sobre el manejo del sistema, aprendizaje de nuevos conceptos, mejoría de la calidad de vida.

DURACIÓN

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

La jornadas de actualización se realizaran entre Junio 2017 y abril de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0011

1. TÍTULO

SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN Y VALIDACIÓN ELECTRÓNICA DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA. HERRAMIENTAS DE SOPORTE EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ALEJANDRO GONZALEZ ALVAREZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER PEREZ ANA ISABEL
HERRERO VICENT CARMEN
CARRASCO GOMARIZ MANUEL
AGUSTIN MORENO MARIA TERESA
RILOVA FERNANDEZ ISABEL
RODILLA CALVELO FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la presentación del proyecto de calidad se han realizado las siguientes actividades:

Redacción del dossier técnico sobre los requisitos a cumplir por el programa informático para la prescripción electrónica. Se constituyó una comisión técnica y un responsable técnico para la dirección y seguimiento de estos aspectos.

Publicación en el Boletín Oficial de Aragón del correspondiente procedimiento abierto según el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, para la selección del licitador que mejor se adaptara a los requisitos establecidos por la comisión técnica.

Adjudicación del procedimiento a través del Servicio de Compras, Suministros y Contratación del Sector de Teruel e inicio de los trámites con Servicios Centrales del Servicio Aragonés de Salud para la instalación del hardware necesario (servidores informáticos y usuarios).

Tras la conclusión de la instalación, se remitió por la empresa seleccionada, la planificación correspondiente a la formación del personal para el aplicativo y el arranque para su revisión y confirmación.

Una vez se complete dicha instalación las actividades a realizar son las siguientes:

- Prescripción informatizada y asistida por los facultativos del área de Oncología atendiendo a protocolos consensuados con el equipo multidisciplinar en función del diagnóstico, indicación, etc.
- Gestión eficiente y planificación de la actividad de hospital de día a través de una agenda de programación de pacientes.
- Confirmación de la prescripción una vez verificado el estado clínico y analítico del paciente.
- Validación farmacéutica de la prescripción médica.
- Elaboración de antineoplásicos centralizada y asistida por el programa informático en cuanto al cálculo de volúmenes a utilizar y al etiquetado de las preparaciones.
- Sistema de reutilización de viales multidosis y mezclas, así como la gestión de las preparaciones devueltas y no administradas para su posterior reutilización o desecho.
- Incorporación de un sistema de códigos de barras que garantice de forma inequívoca la dispensación, identificación y administración de preparados al paciente correcto.
- Administración segura: paciente correcto, medicación correcta, tiempo correcto, dosis correcta y vía de administración correcta.
- Explotación informática de datos diagnósticos y de tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la primera fase del proyecto (establecimientos de los criterios de selección de licitadores, constitución de la Comisión Técnica del Sector, adjudicación del procedimiento abierto y hardware necesario) ha permitido en definitiva la puesta en marcha del proyecto y la formación técnica del personal para el uso del aplicativo.

En la fase 2, desarrollo e implementación del aplicativo en los Servicios de Farmacia y Oncología, se espera conseguir una mejor gestión a todos los niveles:

a) A nivel clínico: seguridad del paciente. Minimización de las posibilidades de error y de sus consecuencias.

Alto grado de protocolización de esquemas antineoplásicos.

b) A nivel de eficiencia: optimización de los recursos humanos y de gestión de compras y stocks.

c) A nivel de explotación de datos farmacoterapéuticos y económicos.

Para evaluar el impacto del proyecto se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

- % de pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico incluidos en el programa respecto al total de pacientes tratados con quimioterapia en el Hospital desde el comienzo del proyecto.

- Indicador de eficiencia: nº de tratamientos desechados/número de tratamientos planificados.

- Número de roturas de stock.

En la fase 3, se pretende hacer extensible el uso del aplicativo a todo el hospital (Servicios de Hematología, Digestivo, Neurología, Medicina Interna, Nefrología, etc...).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La gestión de hospital de día oncológico es un proceso complejo y requiere un exigente control de los procesos para garantizar la seguridad del paciente. Por otra parte, la alta complejidad del proceso de prescripción de esquemas antineoplásicos puede predisponer a errores de medicación, críticos por la alta toxicidad intrínseca de los citostáticos, y especialmente en procesos manuales de prescripción, como se ha detectado en distintas revisiones.

Además, con la prescripción electrónica asistida en el ámbito de la oncología se facilitan aspectos de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0011

1. TÍTULO

SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN Y VALIDACIÓN ELECTRÓNICA DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA. HERRAMIENTAS DE SOPORTE EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

especial complejidad como son, entre otros, el cálculo individualizado de la dosis en base a parámetros antropométricos, la utilización de protocolos, los cuales permiten una prescripción simultánea de distintos fármacos por distintas vías, duraciones, días y en forma de ciclos con una periodicidad determinada. Por estos motivos expuestos anteriormente con el objetivo principal de garantizar la seguridad del paciente en este ámbito y la gestión eficiente del proceso farmacoterapéutico, se aconseja implementar el sistema de prescripción electrónica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/11 ===== ***

Nº de registro: 0011

Título
SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN Y VALIDACIÓN ELECTRÓNICA DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA. HERRAMIENTAS DE SOPORTE EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

Autores:
GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO, FERRER PEREZ ANA ISABEL, HERRERO VICENT CARMEN, GARCIA AGUDO SARA, AGUSTIN MORENO MARIA TERESA, RILOVA FERNANDEZ ISABEL, RODILLA CALVELO FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer colorrectal
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La gestión del hospital de día oncológico es muy compleja y requiere en la práctica clínica un exigente control de los procesos para garantizar la seguridad del paciente. Evitar los errores de medicación en quimioterapia es una máxima para cualquier institución, ya que éstos pueden ocasionar graves consecuencias para los pacientes. La terapia antineoplásica es una de las terapéuticas más complejas que existen en la actualidad, por cuanto se manejan (fármacos de estrecho índice terapéutico, esquemas complejos, distintos criterios de dosificación, etc...).

Las tecnologías de la información y comunicación (TIC's) son la mejor herramienta para facilitar, simplificar y automatizar los distintos subprocesos de la prescripción, confirmación, validación farmacéutica, preparación, dispensación, administración y seguimiento en el paciente, permitiendo incrementar la seguridad y eficiencia de los tratamientos oncológicos, reduciendo los errores y por tanto la morbilidad y mortalidad. La prescripción automatizada e informatizada, además de aportar información farmacoterapéutica y farmacoeconómica de los procesos atendidos, facilita la realización de estudios de imputación de costes por paciente, perfiles de utilización de fármacos quimioterápicos, adecuación de tratamientos a protocolos específicos, etc. Actualmente en el centro se carece de un sistema de prescripción electrónico y se gestionan los diferentes procesos de forma manual, por lo que todos estos factores anteriormente expuestos aconsejan implementar un sistema que proporcione argumentos de seguridad en el entorno de una farmacoterapia tan compleja.

RESULTADOS ESPERADOS

Una mejor gestión tanto en todas sus vertientes:

- a) Clínica: minimización de las posibilidades de error y de sus consecuencias y alto grado de protocolización de esquemas antineoplásicos.
- b) Eficiencia: Optimización de los recursos humanos y otros recursos (gestión de compras y de stocks).
- c) Explotación de datos farmacoterapéuticos y farmacoeconómicos.

MÉTODO

- Prescripción Informatizada y asistida por parte de los facultativos del Área de Oncología atendiendo a protocolos antineoplásicos estandarizados y consensuados por el equipo interdisciplinar, atendiendo al diagnóstico, indicación, etc.
- Programación eficiente los ciclos correspondientes al plan terapéutico así como las cargas de trabajo del Hospital de Día.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0011

1. TÍTULO

SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN Y VALIDACIÓN ELECTRÓNICA DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA. HERRAMIENTAS DE SOPORTE EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

- Confirmación online de la prescripción, tras verificación de la situación del paciente por consulta de la analítica del paciente.
- Validación Farmacéutica automatizada atendiendo a unos criterios predefinidos que alerten al farmacéutico y faciliten las actuaciones de dicho profesional.
- Preparación Centralizada de Terapia IV, obtención de documentos que faciliten la preparación de la terapia antineoplásica por efectuar los cálculos de volúmenes a adicionar y faciliten la identificación de los preparados obtenidos.
- Sistema de Reutilización de Viales Multidosis y Mezclas, para facilitar la eficiencia en la preparación por recuperación de restos de los viales multidosis, así como la gestión de las mezclas devueltas y no administradas para la posterior reutilización o desecho. Adicionalmente se pueden gestionar los consumos efectuados.
- Dispensación con identificación, incorporación de un sistema código de barras que facilite la identificación y dispensación de forma inequívoca de los preparados elaborados.
- Administración segura y que satisfaga las llamadas "Five Rights", paciente correcto, medicación correcta, tiempo correcto, dosis correcta y vía correcta.
- Fácil acceso y manejo de datos estadísticos sobre diagnósticos y tratamientos.

INDICADORES

- a) Porcentaje de pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico incluidos en el programa respecto al total de pacientes tratados con quimioterapia oncológica en el Hospital desde el comienzo del proyecto.
- b) Indicador de eficiencia: N° de tratamiento desechados/N° tratamientos planificados.
- c) N° roturas de stock.

En todos los casos los indicadores se obtienen directamente del módulo de estadísticas de del programa informático.

DURACIÓN

- a) Primera fase: octubre-noviembre de 2016. Cálculo del impacto presupuestario de la adquisición e implantación del programa informático. Valoración de alternativas y toma de decisión por el equipo multidisciplinar.
- b) Segunda fase: diciembre-marzo de 2016. Normalización de los esquemas de quimioterapia y puesta en marcha del aplicativo en el Servicio de Oncología, Hospital de día y Servicio de Farmacia.
- c) Tercera fase: abril-mayo de 2016. Inicio y validación del funcionamiento del programa. Obtención de indicadores para el seguimiento del proceso

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 - 2016/1728

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ACTUACION ANTE UNA HEMORRAGIA MASIVA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE NICOLAS GONZALEZ GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CUESTA GALLARDO ISABEL
ANGOS SEGURA JOSE ANTONIO
GARITAS ABRIL MARIA DEL CARMEN
YAÑEZ BENITES CARLOS
GALLEGO ESTRADA FERNANDO
OJUEL GROS TANIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se revisa y actualiza el protocolo de actuación ante una hemorragia masiva por parte de la Dra. Ojuel (UCI), Dr. Gallego (Anestesia), Dr. Yañez (Cirugía) y Dr. González (Hematología), todos miembros de la Comisión Hospitalaria de Transfusión. Se revisa y aprueba en la reunión del 2/03/2017.

Para su difusión se acuerda:

1. Colgar el protocolo y la hoja de registro en la intranet del hospital.
2. Difundirlo a través de una sesión clínica general. Se acudirá a todos aquellos servicios que lo soliciten para realizar sesiones aclaratorias.
3. Crear un nuevo poster divulgativo con las aportaciones del nuevo protocolo. Actualmente existe un poster divulgativo del protocolo anterior, ampliamente extendido por todo el hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los puntos 1 y 2 se cumplieron durante el 2º trimestre de 2017. La sesión clínica general fue presentada por la Dra. Ojuel y el Dr. Gallego, como figura en el registro de sesiones generales del centro.

El punto 3 no se ha podido cumplir por trasladarse a otro centro los responsables de su elaboración. Con respecto al protocolo anterior no existen grandes cambios en cuanto a los procedimientos terapéuticos, siendo la principal novedad la hoja de registro la cual es fácilmente accesible a través de la intranet, por ello sigue vigente el poster anterior.

Se comprobó que en todos los servicios más implicados en los casos de transfusión masiva (farmacia, UCI, quirófano, urgencias..) disponen del denominado, en el protocolo, kit de fármacos fundamental para el tratamiento de una hemorragia masiva.

A través del programa del servicio de transfusiones, hemos obtenido los casos que cumplieron los criterios de transfusión masiva durante el año 2017:

A.- Transfusión de 4 o más CH en un periodo de una hora.

B.- Transfusión de 10 o + CH en un periodo de 24 horas.

Durante 2017, según el criterio A hubo 10 casos y según el criterio B 0 casos. El análisis individualizado de las historias de los 10 casos, permite descartar 8 de ellos por diferentes motivos (periodo de transfusión mayor, sangre utilizada para traslados,..). En los 2 casos que cumplían los criterios, se trataba de pacientes politraumatizados que tras ser estabilizados se trasladaron al hospital de referencia. En ambos casos se siguieron los procedimientos médicos, pero en ninguno se rellenó la hoja de registro correspondiente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación del protocolo de transfusión masiva ha supuesto una notable mejora en el tratamiento de estos pacientes, al unificarse las pautas de actuación. Se falla en la parte "burocrática" lo que dificulta la posterior auditoría de estos casos, en los años anteriores este era el principal fallo.

Desde la comisión de transfusión nos hemos puesto como principal objetivo la difusión por servicios del protocolo y la realización del nuevo poster divulgativo.

Otro problema detectado es la inestabilidad de la plantilla del Centro, más acusada en algunos servicios, como UCI y anestesia, claves en el manejo de estas situaciones, lo que dificulta la implantación de nuevos protocolos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1728 ===== ***

Nº de registro: 1728

Título
MEJORA EN LA ACTUACION ANTE UNA HEMORRAGIA MASIVA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:
GONZALEZ GOMEZ NICOLAS, GARITAS ABRIL MARIA DEL CARMEN, CUESTA GALLARDO ISABEL, ANGOS SEGURA JOSE ANTONIO,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1728

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ACTUACION ANTE UNA HEMORRAGIA MASIVA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

ALBARRAN ARRIBAS MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Politraumatismos, Hemorragias gastrointestinales, urgencias cardiovasculares, urgencias obstétricas. intraoperatorias
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La transfusión masiva forma parte del tratamiento de la hemorragia masiva. Las causas son diversas pero la mortalidad global es elevada, hasta el 50% de los casos, produciéndose la mayoría de las muertes en las primeras 24 horas. Con la finalidad de mejorar la supervivencia de los pacientes, los hospitales deberían tener un protocolo o guía de actuación ante una hemorragia masiva adaptada a las características de cada centro, el protocolo debería estar basado en la colaboración interdisciplinar de un conjunto de profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la actuación ante los casos de hemorragia masiva en el Hospital.
Mantener la perfusión hística y oxigenación con la restauración de la volemia.
Corregir o prevenir la coagulopatía mediante el uso adecuado de la hemoterapia.
Disminuir el número de secuelas secundarias a casos de hemorragia masiva.

MÉTODO

Se pretende resaltar la importancia de la estandarización del procedimiento de actuación ante casos de hemorragia masiva. Para ello, se trabajará en la Comisión de Transfusiones del HOP estableciendo un grupo de trabajo para elaborar un protocolo de actuación ante un caso de hemorragia masiva que incluya; los profesionales implicados, como se activa el protocolo, las medidas iniciales, monitorización de las pruebas de laboratorio, como se llevará a cabo el reemplazo hemoterápico y como se da por finalizada la actuación o se desactiva el protocolo. Para la realización y puesta en marcha de este proyecto, se requieren reuniones continuas inicialmente entre el grupo de trabajo seleccionado para elaborar el Protocolo y posteriormente Sesiones en el Hospital y dentro de los Servicios para darle difusión.

INDICADORES

1- Elaboración Protocolo Hemorragia Masiva en el HOP: Si/No
2- N° Casos Hemorragia masiva que siguen procedimiento del HOP/Total de Casos de Hemorragia masiva del HOP *100: >80% casos.
3- Difusión del Protocolo de Hemorragia masiva a través de Sesiones: al menos una sesión.
4- Elaboración póster resumen para las Unidades del HOP

DURACIÓN

Creación grupo de trabajo dentro de la Comisión de Transfusiones: febrero 2017
Elaboración protocolo: mayo 2017
Difusión en la intranet del sector: junio 2017
Sesiones clínicas: octubre 2017
Evaluación: noviembre-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 - 2016/0084

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION VALDOVINOS MAHAVE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONTON DITO JOSE MARIA
PEREZ MARTINEZ CARMEN
TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS
FUERTES CATALAN MARIA TERESA
PEREZ LAHUERTA MARIA LUISA
SANCHEZ SANCHEZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde Enero 2016 se empezó a trabajar en el diseño del Sistema de Informatización Clínica (SIC), que se implantó totalmente en enero de 2017, desapareciendo el papel de la UCI. Para ello las medidas llevadas a cabo han sido:
-Se han elaborado los Diseños de las diferentes Vistas que constituyen la Historia Clínica del paciente en la UCI y que integran la información de: los registros de enfermería, médicos, los datos que vuelcan los diferentes aparatos de monitorización y soporte, y los resultados radiológicos y de laboratorio. Se han configurado las diferentes Gráficas y tendencias.

-Hemos elaborado plantillas de Informes médicos y de enfermería y de notas clínicas.

-Se han estandarizado los Registros de Valoración y los Planes de Cuidados de enfermería.

-Hemos incorporado al sistema Protocolos médicos y de enfermería por tipo de patología, según las Guías de actuación clínica.

-Se ha diseñado un registro de las diferentes técnicas realizadas en la UCI.

-Se ha incorporado el sistema de codificación de informes CIE-10.

-Se han sistematizado los tratamientos médicos, creando grupos terapéuticos con recomendaciones y avisos sobre: dosificación, diluciones, interacciones...

Y se ha incluido la Guía fármaco-terapéutica del hospital, con la posibilidad de incorporar fármacos nuevos.

-Hemos incluido Escalas Pronósticas, de Gravedad y de Valoración médicas y de enfermería.

-Se ha integrado en el sistema los resultados microbiológicos y se realiza un control de infecciones comunitarias, nosocomiales, de tratamiento antibiótico y de resistencias.

-Se ha diseñado un Programa dentro del SIC de Valoración y Control nutricional.

-Se ha integrado un Sistema de notificación de incidentes y eventos adversos.

-Se ha creado un sistema de alertas en relación con alergias e intolerancias.

-Hemos diseñado una base de explotación de datos adaptada a nuestra UCI para obtener Indicadores de Calidad, realizar un seguimiento de la actividad clínica y para posibles trabajos de investigación.

-Hemos elaborado un Plan de mejora continua de la aplicación.

-Se ha planificado un Protocolo de actuación ante una caída del sistema informático.

-Hemos realizado cursos de formación de manejo de la aplicación informática dirigidos a todo el personal de UCI y al de nueva incorporación.

-Hemos elaborado un Manual de uso de la aplicación.

-Hemos diseñado Indicadores y hemos realizado la monitorización de los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se elaboraron una serie de Indicadores, que se han monitorizado por parte del Grupo de Calidad de la UCI cada 3 meses. Se han ido haciendo mejoras en función de los resultados obtenidos y sugerencias por parte del personal de la Unidad.

Indicadores monitorizados:

-Realización de Curso de formación:

nº de trabajadores de la UCI que realizan el Curso de formación/

nº total de trabajadores en UCI x 100

Fuente de datos: Hoja de registro de asistencia al curso de formación.

El 100% del personal que trabaja en la UCI ha realizado el Curso de formación. (Estándar 100%)

-Monitorización de los Indicadores de Calidad de la Sociedad Española de Medicina Intensiva:

-Manejo de las Alarmas de monitorización:

nº de enfermos monitorizados que presentan algún evento adverso por inadecuación de las alarmas/ nº de enfermos monitorizados x100

Fuente de datos: Historia clínica informatizada: Registro de eventos adversos.

El 2% de los pacientes monitorizados e la UCI presentaron algún evento adverso por inadecuación de las alarmas.

(Estándar 5%)

-Indicación de Aislamientos:

nº de enfermos con indicación de aislamiento y aislados/

nº de enfermos con indicación de aislamiento x 100

Fuente de datos: Historia clínica informatizada: cumplimentación del Check list de indicación de aislamiento y de Registro de resultados microbiológicos.

El 100% de los pacientes con indicación de aislamiento se aisló, tras cumplimentación del check list.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0084

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

(Estándar 100%)

-Valoración del estado nutricional:

nº de enfermos con riesgo nutricional y valoración del estado nutricional / nº de enfermos ingresados con riesgo nutricional x 100

Fuente de datos: Historia clínica informatizada: cumplimentación del Check list de riesgo nutricional y de valoración nutricional.

El 100% de los pacientes en riesgo nutricional tiene cumplimentado el check list. (Estándar 100%)

-Monitorización de la sedación:

nº de enfermos con sedación monitorizada / nº de enfermos con sedación x 100

Fuente de datos: Historia clínica informatizada: cumplimentación de Escala de sedación.

El 100% de los pacientes en tratamiento con sedantes tiene cumplimentada la Escala de sedación. (Estándar 100%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación del Sistema de Informatización Clínica ha supuesto una optimización de la gestión de los recursos humanos y económicos (proporcionando a tiempo información para mejorar la toma de decisiones clínicas y de gestión). En definitiva una mejora en la seguridad y en la calidad asistencial de los pacientes ingresados en UCI.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/84 ===== ***

Nº de registro: 0084

Título
IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, MONTON DITO JOSE MARIA, TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS, PEREZ MARTINEZ CARMEN, FUERTES CATALAN MARIA TERESA, PEREZ LAHUERTA MARIA LUISA, SANCHEZ SANCHEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Enfermos ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Importancia y Utilidad del proyecto:

-Las unidades de cuidados intensivos (UCI) constituyen un área sanitaria muy especializada que genera multitud de datos y registros, lo que hace que sean entornos naturales para la aplicación de Sistemas de Informatización Clínica (SIC).

Los objetivos de un SIC en una UCI son: la mejora de los procesos asistenciales (optimizando los cuidados, protocolizando, disminuyendo la variabilidad clínica) y optimizar la gestión de los recursos humanos y económicos. En definitiva una mejora en la seguridad y la calidad asistencial.

Situación de partida: Ausencia de un sistema de informatización clínica.

Causas: No había sido contemplado un plan de informatización de la UCI.

Fuentes de información: -Revisión de publicaciones. -Recopilación de información de los diferentes SIC disponibles en el mercado. -Visita a UCI con SIC implantados con éxito.

La técnica que se ha utilizado por el Grupo de Calidad para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming.

Los Métodos de priorización empleados han sido la Parrilla de análisis y la Matriz decisional.

RESULTADOS ESPERADOS

-Instaurar en la UCI un SIC, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina Intensiva.

-Desaparición del papel, de forma que la gráfica de enfermería, los informes y los datos relacionados con el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0084

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

paciente durante su estancia en la unidad queden guardados en formato electrónico en su Historia Clínica.-Integración con el sistema informático del hospital.
-Integración con los diferentes dispositivos.-Unificar criterios de actuación, incrementando la seguridad y la calidad.
-Sistematizar la información y elaborar Registros de las actividades realizadas.-Explotación estadística.
-Optimizar la gestión.
-Ayuda a profesionales de nueva incorporación.

MÉTODO

-Elaborar los Diseños de las diferentes Vistas que van a constituir la Historia Clínica que integren la información de: los registros de enfermería, médicos, los datos que vuelcan los diferentes aparatos de monitorización y soporte, y los resultados radiológicos y de laboratorio.
-Estandarizar los Registros de Valoración y los Planes de Cuidados de enfermería.-Incorporar Protocolos médicos y de enfermería.
-Diseñar un registro de las diferentes técnicas.
-Elaboración de plantillas de Informes.-Incorporar el sistema de codificación CIE-10.
-Sistematizar los tratamientos médicos, creando grupos terapéuticos con recomendaciones y avisos sobre: dosificación, diluciones, interacciones e inclusión de la Guía fármaco-terapéutica del hospital.
-Incluir Escalas Pronósticas, de Gravedad y de Valoración.
-Integración de un Sistema de notificación de eventos adversos.
-Creación de un sistema de alertas en relación con: alergias e intolerancias, duración de tratamiento antibiótico, incompatibilidades farmacológicas
-Diseñar una base de explotación de datos para obtener Indicadores de Calidad y realizar un seguimiento de la actividad clínica.
-Elaborar un Plan de mejora continua.
-Planificar un Protocolo de actuación ante una caída del sistema informático.
-Cursos de formación.
-Elaborar de un Manual de uso.
-Diseñar Indicadores y Monitorizarlos.

Responsables: Grupo médico y de enfermería de Calidad de la UCI.

INDICADORES

-Realización de Curso de formación
nº de trabajadores de la UCI que realizan el Curso de formación/nº total de trabajadores en UCI x 100
Fuente de datos: Hoja de registro de asistencia al curso de formación. Estándar: 100%
Indicadores de Calidad de la Sociedad Española de Medicina Intensiva:
-Manejo de las Alarmas de monitorización
nº de enfermos monitorizados que presentan algún evento adverso por inadecuación de las alarmas/nº de enfermos monitorizados x 100
Fuente de datos: Historia clínica informatizada: Registro de eventos adversos. Estándar: 5%
-Indicación de Aislamientos
nº de enfermos con indicación de aislamiento y aislados/nº de enfermos con indicación de aislamiento x 100
Fuente de datos: Historia clínica informatizada: cumplimentación de Check list de indicación de aislamiento y de Registro de resultados microbiológicos. Estándar: 100%
-Valoración del estado nutricional
nº de enfermos con riesgo nutricional y valoración del estado nutricional/nº de enfermos ingresados con riesgo nutricional x 100
Fuente de datos: Historia clínica informatizada: cumplimentación de Check list de riesgo nutricional y de valoración nutricional. Estándar: 100%
-Monitorización de la sedación
nº de enfermos con sedación monitorizada/nº de enfermos con sedación x 100
Fuente de datos: Historia clínica informatizada: cumplimentación de Escala de sedación. Estándar: 100%

DURACIÓN

-Fecha de inicio: Octubre 2016.
-Fecha de finalización: Octubre 2017.
-Elaboración y difusión del proyecto: Octubre-Noviembre 2016.
-Puesta en marcha del proyecto: Noviembre 2016.
-Reuniones cada tres meses del Grupo de Calidad de la UCI para evaluar el desarrollo del proyecto, los resultados y las áreas de mejora.
-Análisis final de resultados: 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 - 2016/0084

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE INFORMATIZACION CLINICA EN LA UCI DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0690

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ENCARNA MONFORTE ZAFON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONTON DITO JOSE MARIA
MEDINA VIVAS SEBASTIAN
SANCHEZ MOYA PILAR
MARQUES MINGUEZ ISABEL
TORNERO CARRIO JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un Protocolo de Fisioterapia respiratoria siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Española y Europea de Medicina Intensiva y Neumología. Estandarizando las indicaciones y todas las medidas y actividades a realizar. Unificando criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica. Estableciendo unos criterios de selección de los pacientes potencialmente beneficiarios de esta terapia y estandarizando el manejo terapéutico.

Se ha sistematizado la información y se han elaborado Registros de las actividades encaminadas a la optimización de las indicaciones y del tratamiento de fisioterapia respiratoria.

Se ha realizado difusión del Protocolo y se han realizado Cursos de formación a todo el personal de UCI. Lo ha hecho el 100% del personal de la UCI.

Se ha diseñado una Hoja de registro que incluye: datos demográficos, diagnóstico, factores de riesgo para desarrollar complicaciones respiratorias, pacientes en ventilación mecánica, días de ventilación mecánica, complicaciones respiratorias, necesidad de apoyo con VMNI, días de estancia en UCI y mortalidad. Y se elaboró un algoritmo terapéutico.

Se han elaborado una serie de Indicadores, que se han monitorizado por parte del Grupo de Calidad de la UCI cada 3 meses. Se han ido haciendo mejoras en función de los resultados obtenidos y sugerencias por parte del personal de la Unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El Protocolo de fisioterapia respiratoria se implantó en Enero de 2017, desde entonces hasta Diciembre de 2017 ingresaron 215 pacientes en la UCI, de los cuales 124 pacientes han cumplido los criterios de inclusión y se les ha aplicado el protocolo. En todos los pacientes se cumplimentó la Hoja de registro.

85 (68,5%) pacientes estaban en ventilación mecánica y 39 (31,5%) en respiración espontánea.

De los 85 pacientes en ventilación mecánica: 59 (69,4%) fueron hombres y 26 (30,6%) mujeres. La mediana de edad fue de 68 años. Los diagnósticos de ingreso fueron: 51 (60%) postoperatorio abdominal, 9 (11%) otros postoperatorios, 8 (9%) neumonía, 6 (7%) insuficiencia respiratoria crónica reagudizada, 5 (6%) enfermedad neurológica, 3 (3,5%) traumatismo torácico, 2 (2%) parada cardiorrespiratoria, 1 (1%) intoxicación medicamentosa.

Los factores de riesgo de complicaciones respiratorias fueron: 47 EPOC/Asma, 10 obesidad, 8 Enfermedades neurológicas, 8 inmunodepresión previa, 4 otras causas de neumopatía y 14 pacientes presentaron más de un factor de riesgo. 32 (38%) pacientes estuvieron menos de 24 horas intubados y 53 (62%) una media de 8 días. La estancia media en UCI fue de 8 días. 8 pacientes precisaron ventilación mecánica no invasiva tras la intubación y 2 pacientes oxigenoterapia con alto flujo. A 5 pacientes se les realizó traqueostomía. Complicaciones respiratorias: 1 reintubación precoz por broncoespasmo severo. A destacar que no ha habido pacientes que hayan presentado neumonía asociada a ventilación mecánica. En UCI fallecieron 19 (22%) pacientes.

De los 39 pacientes en respiración espontánea que cumplieron los criterios de inclusión: 27(69%) fueron hombres y 12 (31%) mujeres. La mediana de edad fue de 66 años. Los diagnósticos de ingreso fueron: 13 (33,5%) neumonía, 8 (21%) traumatismo torácico, 7 (18%) insuficiencia respiratoria crónica reagudizada, 6 (15%) Insuficiencia respiratoria aguda de origen cardíaco, 2 (5%) shock séptico de origen no respiratorio, 1 (2,5%) enfermedad neurológica, 1 (2,5%) postoperatorio abdominal, 1 (2,5%) otros postoperatorios. Los factores de riesgo de complicaciones respiratorias fueron: 22 EPOC/Asma, 5 enfermedades neurológicas, 5 inmunodepresión previa, 3 obesidad, y 6 pacientes presentaron más de un factor de riesgo. La estancia media fue de 6 días. 10 pacientes necesitaron apoyo con ventilación mecánica no invasiva y 4 con oxigenoterapia de alto flujo. Complicaciones respiratorias: 1 paciente desarrolló un empiema. En UCI falleció 1 (2,5%) paciente.

Resultado de los Indicadores monitorizados:

-Personal médico y de enfermería de la UCI que realizan el Curso de formación/ N° total de personal médico y de enfermería de la UCI x100

Fuente de datos: Hoja de registro de asistencia al curso de formación.

El 100% del personal de la UCI realizaron el Curso de formación. (Estándar 100%)

-Porcentaje de cumplimiento de las medidas (estándares calidad):

-N° pacientes a los que se les incluye en protocolo de fisioterapia respiratoria/ N° total de pacientes que ingresan con criterios de inclusión en el protocolo x100

Fuente de datos: Hoja de registro del Protocolo.

Al 100% de los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión en el Protocolo se les aplicó. (Estándar 100%)

-N° pacientes que tienen cumplimentada Hoja de registro/ N° total de pacientes incluidos en Protocolo x100

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0690

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fuente de datos: Hoja de registro del Protocolo.

El 100% de los pacientes incluidos en el Protocolo tienen cumplimentada la hoja de registro. (Estándar 100%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implementación de un Protocolo de Fisioterapia respiratoria ha supuesto: la unificación de criterios de actuación, la identificación precoz de los pacientes potencialmente beneficiarios de este tipo de terapia y un manejo más óptimo del paciente. A destacar la ausencia de pacientes con Neumonía asociada a ventilación mecánica en 2017. Por lo que todo ello ha servido para mejorar la calidad asistencial de este tipo de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/690 ===== ***

Nº de registro: 0690

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
OJUEL GROS TANIA EMERITA, VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, MEDINA VIVAS RODRIGO SEBASTIAN, PEREZ MARTINEZ CARMEN, SANCHEZ MOYA PILAR, MONFORTE ZAFON ENCARNACION, MARQUES MINGUEZ ISABEL, TORNERO CARRIO JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
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

Importancia y Utilidad del proyecto:

La fisioterapia respiratoria ha demostrado su eficacia para prevenir y reducir las complicaciones pulmonares como: la hipoventilación, la hipoxemia y las infecciones; ya que tiene como objetivo restaurar las funciones musculares y pulmonares tan rápido como sea posible.

La implantación de un Protocolo de fisioterapia respiratoria en los pacientes críticos sirve para: promover una mejoría en la función pulmonar (en los pacientes sometidos a ventilación mecánica o ventilación mecánica no invasiva, favorecer un destete precoz), evitar posibles complicaciones pulmonares (reintubaciones, infecciones, atelectasias...), reducir la estancia hospitalaria, disminuir la morbimortalidad y los costes económicos. Así pues, supone una mejora en la calidad asistencial.

Situación de partida:

Falta de estandarización de la aplicación de las medidas de fisioterapia respiratoria en nuestra UCI.

Causas:

Falta de protocolos de actuación.

Falta de registros sistematizados.

Fuentes de información:

Historias clínicas.

Revisión de publicaciones relacionadas con el tema.

La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming en el Grupo de Calidad de la UCI.

El Método de priorización empleado ha sido la Parrilla de análisis y la Matriz decisional.

RESULTADOS ESPERADOS

Instaurar en la Unidad de Cuidados Intensivos un Protocolo de fisioterapia respiratoria, siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Europeas de Medicina Intensiva y de Respiratorio. Estandarizando las indicaciones y todas las medidas y actividades a realizar. Unificando criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica.

Sistematizar la información y elaborar Registros.

Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión del Protocolo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0690

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Ayuda a profesionales de nueva incorporación

MÉTODO

Elaborar un Protocolo de actuación de fisioterapia respiratoria, que estandarice los criterios de indicación y las técnicas que se aplican.

Elaboración de unas Hojas de registro de los pacientes a los que se les aplica el Protocolo.

Cursos de formación a todo el personal de UCI y al de nueva incorporación.

Diseño de Indicadores y Monitorización de los mismos.

Responsables: Equipo médico y de enfermería

INDICADORES

Indicadores

Pacientes que cumplen los criterios de inclusión en el Protocolo y se les aplica/ Total de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en el Protocolo x 100

Estándar: 100%

Hojas de registro cumplimentadas/ Total de pacientes a los que se les aplica el protocolo x 100

Estándar: 100%

Personal médico y de enfermería que realiza el curso de formación/ Total de personal médico y de enfermería de la UCI x100

Estándar: 100%

DURACIÓN

Fecha de inicio: Octubre 2016

Fecha de finalización: Octubre 2017

Elaboración y difusión del proyecto: Octubre-Noviembre 2016

Puesta en marcha del proyecto: Diciembre 2016

Reuniones cada tres meses del Grupo de Calidad de la UCI para evaluar el desarrollo del proyecto, los resultados y las áreas de mejora.

Análisis final de resultados: Diciembre 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: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1750

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE LA IMPLEMENTACION DE UN PLAN INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE CARMEN PEREZ MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION
TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS
ALCON BELMONTE CONSUELO
GIMENEZ MORA ROSA
TORRES CASAS MARIA JESUS
SALVADOR PEREZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha continuado con la difusión de la estrategia integral de prevención y actuación común en todo el Hospital para mejorar la atención a la PCR y reducir en lo posible las secuelas y la mortalidad asociadas. Potenciando la Prevención de la PCR hospitalaria (PCRH), promoviendo la identificación de los pacientes susceptibles de presentar una PCR. Optimizando la precocidad de actuación ante una parada y coordinación adecuada de la asistencia en todos los eslabones de la "cadena de supervivencia hospitalaria".
Se ha realizado un Programa de formación del personal hospitalario en la atención a la PCR de acuerdo con sus niveles de competencia y responsabilidad. Se elaboró de acuerdo con las Supervisoras de las plantas un calendario de formación con los equipos asistenciales de cada una de ellas. Dando una charla teórica y un taller práctico de simulación con casos clínicos y manejo de material y aparataje del carro de paradas.
Estimulando la Cultura de Seguridad. Fomentando los aspectos éticos.
Y realizando una evaluación periódica mediante un control de calidad; realizando trimestralmente un control externo de contenido y funcionamiento de cada carro de parada. Y también hemos hecho trimestralmente un control externo de la cumplimentación de la hoja de registro de revisión de los carros de parada.
Durante los años 2016 y 2017 se ha realizado Formación al personal de 5 plantas de hospitalización. A un número total de 50 profesionales en 2016 y 45 en 2017. La formación se ha llevado en cabo en su planta y con su carro de PCR (equipos asistenciales).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado de los Indicadores monitorizados ha sido:

-Grado de aceptación del Curso "Plan de formación del personal sanitario en la atención a la PCR":

Nº de plazas cubiertas en el Curso de Plan de formación en la atención a la PCR/Nº total de plazas ofertadas en el curso x100 = 100%

Fuente de datos: Hoja de registro de formación de RCP. (Estándar 100%)

-Cumplimiento del Plan de Formación del personal sanitario de las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR:

Nº de personal sanitario de las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR formado/Nº total de personal sanitario de las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR x100 = 90%

Fuente de datos: Hoja de registro de formación de RCP. (Estándar 50%)

-Cumplimiento de Control externo del contenido y funcionamiento de cada carro de parada normalizado:

Nº de controles externos de contenido y funcionamiento de cada carro de parada/4 trimestres x100 = 100%.

Fuente de datos: Hoja de registro de control externo de carros de parada. (Estándar 100%)

-Cumplimiento de Control externo de la cumplimentación de la hoja de registro de revisión de los carros de parada

Nº de controles externos de la cumplimentación de la hoja de registro de revisión de cada carro de parada/4 trimestres x100 = 100%.

Fuente de datos: Hoja de registro de control externo de carros de parada. (Estándar 100%)

Se ha conseguido normalizar totalmente los carros de PCR con la reposición de dos monitores-desfibriladores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En un Plan de prevención de la PCR que comprende todo el hospital hay que continuar haciendo revisiones externas del funcionamiento de los carros de PCR, ya que esto nos permite corregir desviaciones en cuanto a la composición y utilización de los mismos. Así mismo, hay que continuar con el Programa de formación continuada tanto a los equipos ya formados como a los profesionales de nueva incorporación.

7. OBSERVACIONES.

Los equipos asistenciales en las plantas varían en función de los traslados, movimiento interno, jubilaciones...por lo que hace necesario continuar con los Planes de formación continuada.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1750 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1750

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE LA IMPLEMENTACION DE UN PLAN INTEGRAL DE PREVENCION Y ATENCION A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Nº de registro: 1750

Título
CONTINUIDAD DE LA IMPLEMENTACION DE UN PLAN INTEGRAL DE PREVENCION Y ATENCION A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
PEREZ MARTINEZ CARMEN, VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, MONTON DITO JOSE MARIA, TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS, OJUEL GROS TANIA EMERITA, GIMENEZ MORA ROSA, ALCON BELMONTE CONSUELO, SALVADOR PEREZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La parada cardiorrespiratoria (PCR) constituye la emergencia de mayor riesgo vital que se puede presentar en el paciente hospitalizado. La reanimación cardiopulmonar (RCP) y el Soporte Vital (SV) constituyen una herramienta eficaz para salvar vidas si se aplican adecuadamente; siendo fundamental que haya una organización con medidas de prevención y un conjunto de actuaciones adecuadas e integradas. Existen evidencias de que es posible reducir la mortalidad y las secuelas tras una PCR si se organiza un Plan para mejorar la respuesta asistencial, acortando los tiempos y optimizando la cadena de supervivencia. Las Sociedades Científicas implicadas recomiendan establecer planes hospitalarios de atención a la PCR.

Situación de partida: En 2015 presentamos y se aprobó un Proyecto de mejora de calidad "Plan integral de prevención y atención a la PCR en el HOP de Teruel" y a lo largo de 2015-2016 llevamos a cabo las siguientes medidas: -Elaboramos un Protocolo de Prevención y Actuación ante una PCR de acuerdo con los Guías. El Protocolo está disponible en la intranet del Sector de Teruel. Clasificamos las áreas asistenciales de acuerdo con el riesgo de PCR. Unificamos los Carros de parada, estandarizando el diseño y dotación de los equipos y materiales para atender una PCR. Elaboramos un Registro de revisión del Carro de parada, que se cumplimenta por los equipos de enfermería de cada planta. Se han elaborado posters con los Algoritmos de Actuación del Plan de RCP Hospitalario y se han distribuido por las Plantas de hospitalización. Se ha elaborado y distribuido una tarjeta de bolsillo con la Escala de riesgo de PCR. Se está llevando a cabo un Plan de Formación Continuada del personal hospitalario de cada planta en la atención a la PCR con simulacros, donde se hace hincapié en el análisis constructivo de los posibles errores y su prevención. Elaboración de un Registro de formación en RCP en el Hospital. Diseño y monitorización de Indicadores

RESULTADOS ESPERADOS

-Continuar con la difusión de la estrategia integral de prevención y actuación común en todo el Hospital para mejorar la atención a la PCR y reducir en lo posible las secuelas y la mortalidad asociadas. Potenciar la Prevención de la PCR hospitalaria (PCRH), promoviendo la identificación de los pacientes susceptibles de presentar una PCR. Optimización de la precocidad de actuación ante una parada y coordinación adecuada de la asistencia en todos los eslabones de la "cadena de supervivencia hospitalaria". Desarrollo de actuaciones coordinadas de todos los intervinientes en la RCP que contribuyan a una atención efectiva y eficiente, estableciendo con claridad las funciones de cada uno de ellos. Estímulo de una Cultura de Seguridad. Fomento de los aspectos éticos. Evaluación periódica: control de calidad. Ayuda a profesionales de nueva incorporación

MÉTODO

-Continuar con el Programa de formación del personal hospitalario en la atención a la PCR de acuerdo con sus niveles de competencia y responsabilidad, así como su reciclaje periódico para que se mantengan al máximo nivel. Realizar trimestralmente un control externo de contenido y funcionamiento de cada carro de parada. Realizar trimestralmente un control externo de la cumplimentación de la hoja de registro de revisión de los carros de parada

INDICADORES

-Grado de aceptación del Curso Plan de formación del personal sanitario en la atención a la PCR
Nº de plazas cubiertas en el Curso de Plan de formación en la atención a la PCR/Nº total de plazas ofertadas en el curso x100
Estándares de calidad: 100%. Fuente de datos: Hoja de registro de formación de RCP
-Cumplimiento del Plan de Formación del personal sanitario de las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR
Nº de personal sanitario de las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR formado/Nº total de personal sanitario de las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR x100

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1750

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE LA IMPLEMENTACION DE UN PLAN INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Estándares de calidad:50%.Fuente de datos:Hoja de registro de formación de RCP
-Cumplimiento de Control externo del contenido y funcionamiento de cada carro de parada normalizado
Nº de controles externos de contenido y funcionamiento de cada carro de parada/4 trimestres x100
Estándares de calidad:100%.Fuente de datos:Hoja de registro de control externo de carros de parada
-Cumplimiento de Control externo de la cumplimentación de la hoja de registro de revisión de los carros de parada
Nº de controles externos de la cumplimentación de la hoja de registro de revisión de cada carro de parada/4 trimestres x100
Estándares de calidad:100%.Fuente de datos:Hoja de registro de control externo de carros de parada

DURACIÓN

Fecha de inicio:Enero 2017.Fecha de finalización:Diciembre 2017
Equipo médico y enfermería de la UCI
Cursos de formación

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 - 2016/0947

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LA PRIMERA CONSULTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS (VIH)

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE CHERPENTIER FONSECA LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑOZ MENDOZA VANESA
LERIN SANCHEZ FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración del protocolo
Difusión mediante sesión clínica hospitalaria y en Centro de Salud
Atención consultas vía telefónica

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el inicio de la implantación del protocolo el 50% de los pacientes remitidos se ajusta a las indicaciones señaladas con una clara tendencia al alza en su cumplimentación

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La elaboración de pautas simples y fácilmente comprensibles para la remisión de estos pacientes desde Atención Primaria, con el adecuado estudio clínico/analítico previo, estimula su diagnóstico precoz y la rápida instauración de tratamiento antirretroviral, con la consiguiente reducción de la morbimortalidad, recuperación y preservación de la función inmunológica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/947 ===== ***

Nº de registro: 0947

Título
PROTOCOLIZACION DE LA PRIMERA CONSULTA EN CONSULTA EXTERNA DE INFECCIOSAS

Autores:
FONSECA LOPEZ CHERPENTIER, GRACIA SANCHEZ PILAR, LERIN SANCHEZ FRANCISCO JAVIER, FERNANDEZ ALAMAN AMALIA INMACULADA, CALPE GIL MARIA JOSE, MUÑOZ MENDOZA VANESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
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
En la práctica diaria los médicos tanto de atención primaria como de diferentes especialidades se encuentran con diagnósticos como son infección por el virus de inmunodeficiencia humana, infección por virus de hepatitis B o C los cuales son remitidos a consultas externas de medicina interna para realizar su debidos estudios e iniciar el tratamiento. El problema radica en el tiempo transcurrido desde la realización del diagnóstico hasta que es evaluado adecuadamente, realización de las pruebas necesarias para iniciar el tratamiento. Esto suelen tardar varios meses, este tiempo es valioso para el rápido control y el bienestar del paciente.

En algunos pacientes el comienzo de la terapia antirretroviral es un momento importante. Algunas personas con VIH apenas tienen tiempo de asimilar el resultado positivo de la prueba y ya deben plantearse el hecho de tratarse de por vida, pues su sistema inmunitario se halla muy debilitado. También debemos tener en cuenta la capacidad preventiva del tratamiento antirretroviral evitaba que las parejas heterosexuales de personas con VIH adquirieran la infección.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0947

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LA PRIMERA CONSULTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS (VIH)

También debemos de tener en cuenta la infección por virus de hepatitis C ya que actualmente el estándar de tratamiento para la infección crónica es el tratamiento con antivirales de acción directa en pautas libres de interferón que se tolera mucho mejor y la curación llega a ser casi del 100%. En los pacientes que presentan esta infección la evolución es lenta pero al final presenta cirrosis y múltiples complicaciones incluso la muerte por lo cual se debe realizar valoración del estado de la enfermedad y la necesidad de realizar el tratamiento antes que el paciente se encuentre en peligro.

RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos una mejora integral de todo el proceso de la derivación de los pacientes a la consulta de infecciosas del Hospital Obispo Polanco realizando una mejora en la atención del paciente y con disminución en el tiempo transcurrido desde la sospecha diagnóstica hasta la realización del tratamiento más adecuado. El resultado final será la elaboración de un Protocolo para la primer cita en la consulta de infecciosas aplicable a cualquier Hospital de la Comunidad.

MÉTODO

Lo primero es tener conciencia del tiempo que se pierde desde que se realiza la sospecha de infección con la posterior confirmación y después la remisión a la consulta especializada pudiendo pasar varios días o semanas. Después de confirmado el diagnóstico se procede a citar al paciente como primer día en la consulta de infecciosas en donde se realiza un interrogatorio completo con un primer asesoramiento y respuesta a preguntas que afectan de forma profunda la calidad de vida de nuestros pacientes. Posteriormente se solicita una batería de pruebas para saber exactamente la situación clínica del paciente entre los cuales se encuentran analíticas de sangre y pruebas radiológicas las cuales precisan un determinado tiempo que conlleva a una demora en el inicio del tratamiento. Para disminuir el tiempo que transcurre desde la sospecha de infección y la realización de tratamiento eficaz se realizará un protocolo para que los médicos tengan una herramienta adecuada y el paciente asista a la consulta con las pruebas solicitadas y de esta forma disminuir los trámites y el tiempo de espera. Este se podrá descargar directamente de la página Web de nuestro Hospital (www.opolanco.es) de esta manera todos los médicos de atención primaria y especialistas de nuestra zona podrán saber con total seguridad como remitir el paciente de la mejor forma posible.

El objetivo es poder cuantificar cuantos pacientes nuevos llegan remitidos desde otras especialidades o desde atención primaria con las pruebas indicadas en el protocolo logrando al final la elaboración de una guía-protocolo teniendo en cuenta todos los datos y posible mejoras durante el estudio.

INDICADORES

la recolección de los pacientes como primera cita que haya sido diagnosticados de infección por el virus del VIH e infección por virus de hepatitis C en tiempo real, observando si han sido remitidos con las pruebas diagnósticas solicitadas o si ha habido una demora en el tiempo de diagnóstico hasta realizar tratamiento.

DURACIÓN

El estudio comenzará el 1 de noviembre del 2016, se irá recogiendo y analizando en tiempo real e incorporando los datos en una base de datos realizada en SPSS para tal fin. Al año de comenzar el estudio elaboraremos un resumen de los resultados y la realización de una guía-protocolo de remisión a la consulta de Infecciosas de Medicina interna, extrapolable a toda la Comunidad Autónoma.

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 - 2016/0999

1. TÍTULO

COMO PODEMOS INCIDIR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO PARA MEJORAR LA TECNICA Y LOS MOMENTOS EN LOS QUE HAY QUE REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MILAGROS ESCUSA JULIAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERNANDEZ SANTOS RAFAEL
GOMEZ RUCIO MARIA ANGELES
MAICAS LOPEZ DOLORES
PANADERO ROMERO MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo planteado trata de analizar los conocimientos sobre la higiene de manos de los profesionales en el Hospital Obispo Polanco.

El estudio que se ha centrado en profesionales atendidos en las Unidades de hospitalización de Traumatología, Urología y Medicina Interna en el Hospital Obispo Polanco.

Para ello se ha utilizado el Cuestionario de Conocimientos sobre la Higiene de manos para Profesionales Sanitarios (Hand Hygiene Knowledge Questionnaire for Health- Care Workers, traducido por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y validado por la OMS), realizando integrantes del equipo de mejora las correspondientes encuestas, así como talleres formativos para los que se ha utilizado una lámpara de luz ultravioleta y solución hidroalcohólica con reactivo.

El citado cuestionario incluye 25 preguntas sobre aspectos esenciales de la higiene de manos y la transmisión de microorganismos a través de las manos durante la atención sanitaria. También contiene ítems que permiten describir a la población de estudio y posibilitar la comparación entre distintos subgrupos: sexo, edad, categoría profesional, formación recibida en higiene de manos y la utilización de preparados de base alcohólica de forma habitual.

La cumplimentación de las encuestas ha sido voluntaria observándose que la muestras se distribuía de manera proporcional entre las diferentes categorías profesionales (médicos, enfermeras, TCAEs, celadores, MIR, alumnos de enfermería en prácticas, ...). Una vez comprobada esta circunstancia, se ha considerado la muestra como representativa.

La información aportada por los profesionales parte del hecho del carácter voluntario y anónimo de las encuestas, así como de la normativa vigente en España (Ley n. 14/ 2007 de Investigación Biomédica, Ley Orgánica n. 15/1999 de protección de Datos de carácter personal. Además, se presentó el estudio al Comité Ético del Sector para que considere si se ajusta a los principios éticos aplicables.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han contestado el cien por cien de las encuestas distribuidas.

Septiembre y octubre de 2017 se han recogido los cuestionarios que se repartieron entre los profesionales de las Unidades a estudio, realizándose posteriormente un análisis descriptivo de datos sobre los conocimientos que tienen los profesionales acerca de la higiene de manos.

Noviembre se ha realizado formación mediante talleres sobre los cinco momentos de la higiene de manos, incluyendo una parte práctica sobre la correcta higiene de manos con solución hidroalcohólica, utilizando para ello una lámpara de luz ultravioleta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se analizan los puntos débiles observados en las prácticas con vistas a la identificación y priorización de acciones de mejora.

Entre marzo y mayo de 2018 se realizarán observaciones sobre la adecuación de la técnica y los momentos en que los profesionales realizan la higiene de manos.

A partir de junio se realizará un análisis de los datos para comprobar si la formación ha modificado la práctica diaria sobre la técnica y los momentos en que los profesionales realizan la higiene de manos con soluciones hidroalcohólicas, con el fin de concienciarnos sobre la importancia de esta medida en la prevención de infecciones relacionada con la asistencia sanitaria.

La valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas coincide en que la formación mejora ampliamente la técnica sobre la higiene de manos, pero que existe gran dificultad para poder realizar la higiene de manos en los cinco momentos, fundamentalmente como consecuencia de la ubicación de las soluciones en las habitaciones y a la falta de tiempo.

Valorando estas dificultades, el equipo de trabajo considerará la continuación de este Proyecto realizando la observación directa de la higiene de manos en dos de los cinco momentos establecidos por la OMS.

Por otro lado, el equipo de trabajo considera que este estudio se podría aplicar posteriormente a otras unidades.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0999

1. TÍTULO

COMO PODEMOS INCIDIR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO PARA MEJORAR LA TECNICA Y LOS MOMENTOS EN LOS QUE HAY QUE REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/999 ===== ***

Nº de registro: 0999

Título
COMO PODEMOS INCIDIR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO PARA MEJORAR LA TECNICA Y LOS MOMENTOS EN LOS QUE HAY QUE REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS

Autores:
ESCUSA JULIAN MILAGROS, FERNANDEZ SANTOS RAFAEL, GOMEZ RUCIO MARIA ANGELES, MAICAS LOPEZ MARIA DOLORES, PANADERO ROMERO MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejora de la seguridad de los pacientes

PROBLEMA

Atendiendo a estudios realizados, podemos decir que las infecciones relacionadas con la atención sanitaria se producen en todo el mundo y afectan tanto a los países desarrollados como a los de escasos recursos. Que estas infecciones contraídas en el entorno sanitario se encuentran entre las principales causas de muerte y de incremento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. Representando una carga considerable tanto para el paciente y su familia, como para la salud pública. En los países desarrollados, entre el 5% y el 10% de los pacientes hospitalizados contraen una infección que no padecían ni estaban incubando en el momento de ingresar. Los pacientes críticos, al menos el 25% contraen infecciones nosocomiales, incluso en unidades con muchos recursos.

Concluyen diciendo que las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) son consecuencia involuntaria de dicha atención, ocasionando afecciones más graves, hospitalizaciones más prolongadas, discapacidades de larga duración, una enorme carga económica adicional para el sistema sanitario, elevando la mortalidad. Sin embargo, la mayoría puede prevenirse.

Reflejan que la buena práctica de higiene de manos (HM) de los profesionales en general, es menor a 60%, a pesar de la sencillez y la efectividad de esta medida. Los profesionales desestiman las actividades de capacitación por ser consideradas una estrategia demasiado convencional.

Por otro lado, hay datos que demuestran que la higiene de las manos es la medida primordial para reducir dichas infecciones. Es por lo que, con este proyecto planteamos llevar a cabo labores de vigilancia y prevención partiendo de unas prácticas correctas basadas en datos científicos, deseando poder encontrar soluciones eficaces para mejorar la seguridad del paciente y reducir el riesgo en nuestro centro.

Este centro, cada año se suma al principal Reto de todos los Centros «Una atención limpia es una atención más segura». Considerando esta atención, un derecho básico de los pacientes a una atención de calidad. Pero consideramos que todavía no es una práctica totalmente afianzada.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO PRINCIPAL: Que los profesionales sanitarios adquieran los conocimientos necesarios para mejorar el cumplimiento de la higiene de las manos incorporando este hábito entre sus actividades diarias, para disminuir las IRAS, contribuyendo a incrementar la seguridad de los pacientes. OBJETIVOS SECUNDARIOS: Evaluar el cumplimiento del proceso de HM, en el H.Obispo Polanco e identificar, los principales impedimentos que se puedan relacionar con el bajo cumplimiento de la HM.

MÉTODO

- Se trata de un estudio descriptivo, cuyo ámbito de estudio se centrara en profesionales que atienden las especialidades de Traumatología, Urología y Medicina Interna.
- La distribución de la muestra entre las categorías profesionales será porcentual.
- Se llevara a cabo una estrategia multimodal que consistirá en:
 - 1)Cumplimentación voluntaria del cuestionario de conocimientos sobre HM.2)Observación directa en tres periodos: Febrero, Junio y Octubre de 2017.3)Formación entre el primer y segundo periodo de observación.4)Colocación de Recordatorios en el lugar de trabajo.
- Utilizando el Cuestionario de Conocimientos sobre la Higiene de las Manos para Profesionales Sanitarios, validado por la OMS.
- Análisis y discusión de los datos obtenidos en las encuestas, detectando los puntos débiles, susceptibles de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0999

1. TÍTULO

COMO PODEMOS INCIDIR EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO PARA MEJORAR LA TECNICA Y LOS MOMENTOS EN LOS QUE HAY QUE REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS

mejorar.
-Enviar informe a la Dirección del Centro sobre la muestra evaluada que incluya motivos por los que no se realice una adecuada HM y propuestas de mejora sobre posibles medidas correctoras que permita mejorar el proceso observado, a fin de incidir en la seguridad del paciente.

INDICADORES

- Disponibilidad de solución hidroalcoholica para poder llevar a cabo la correcta HM.
- Nº de habitaciones con dispensadores/ Nº total de habitaciones.
- Efectividad de la formación y los recordatorios sobre la técnica de HM
- Nº de profesionales que la realiza correctamente al principio-final de periodo evaluado./Nº total de profesionales observados.
- Efectividad de la formación y los recordatorios monitorizando dos de los cinco momentos del procedimiento de HM.
- Nº de veces que se realiza la correcta HM antes - después del contacto con el paciente/ Nº de veces que se entra en contacto con el paciente.
- Evaluación sobre el cuestionario de conocimientos de HM.
- % de trabajadores que mejoran los conocimientos en el periodo evaluado.

DURACIÓN

- Enero 2017. Pasar cuestionario entre los profesionales que de forma voluntaria Nº deseen cumplimentarlo.
- Febrero 2017. Realizar observación directa oculta.
- Abril 2017. Analizar los datos de cuestionarios y observación.
- Mayo 2017. Formación entre los profesionales de las diferentes categorías y colocación de recordatorios.
- Junio 2016. Pasar nuevamente cuestionario. Y realizar observación directa oculta.
- Octubre 2017. Observación directa para valorar persistencia de buena práctica.

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 - 2016/0395

1. TÍTULO

RECEPCION DEL PACIENTE NUEVO EN HEMODIALISIS.CREACION TRIPTICO INFORMATIVO

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ALMUDENA ACERO CARRERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION
VILAR BONACASA BEATRIZ
GASCON FUERTES ESTHER
SORIANO PUERTOLAS ISABEL
VICENTE VICENTE ANA
RUIZ CRIADO JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Inicialmente se realizó el tríptico informativo consensuado con todos los componentes del equipo de mejora. Se presentó dicho tríptico al personal de la unidad de hemodiálisis, realizando una charla informativa a todo el personal de enfermería para resolver dudas y preguntas previas a la implantación del proyecto. Se creó una hoja (Word) para registrar la entrega del tríptico a todos los pacientes incidentes y prevalentes de la unidad de hemodiálisis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde enero 2017 hasta la actualidad se ha entregado el tríptico informativo a todos los pacientes de la unidad. Además se ha realizado una entrevista previa por parte de enfermería a todos los pacientes incidentes en nuestra unidad de hemodiálisis para explicar el tríptico y resolver sus dudas previas al inicio de la hemodiálisis. Se ha informado a los pacientes y familias de la organización de la unidad y de sus derechos y deberes como pacientes. Todos los pacientes han expresado su gratitud y han manifestado que la información recibida y el tríptico les ha sido muy útil previo al inicio de la diálisis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todo el equipo de mejora cree muy útil la utilización del tríptico informativo por lo que se continuará entregando a todos los pacientes de nuestra unidad a pesar de finalizar el proyecto de calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/395 ===== ***

Nº de registro: 0395

Título
RECEPCION DEL PACIENTE NUEVO EN HEMODIALISIS.CREACION TRIPTICO INFORMATIVO

Autores:
ACERO CARRERO ALMUDENA, LACASA SANCHEZ ALICIA, FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION, SANCHEZ MARTINEZ AMPARO, VILAR BONACASA BEATRIZ, GASCON FUERTES ESTHER, PEREZ PEREZ AURORA, SORIANO PUERTOLAS ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Iniciar tratamiento con HD es una situación de estrés tanto para el paciente como para su familia. El temor ante una situación desconocida supone un impacto emocional importante. Por tanto, el primer contacto con el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0395

1. TÍTULO

RECEPCION DEL PACIENTE NUEVO EN HEMODIALISIS.CREACION TRIPTICO INFORMATIVO

equipo sanitario es fundamental para reducir el nivel de ansiedad y generar una adecuada relación terapéutica que ayude al paciente y familia a asumir su nueva situación y conseguir que las sesiones transcurran para el paciente de forma segura y sin temores infundados. Este primer contacto puede marcar en gran medida, la adaptación del paciente al tratamiento dialítico y sus inconvenientes (dependencia de una máquina, punciones dolorosas, restricción dietética, etc). De ahí la importancia de empatizar con el mismo y/o familia, pues una experiencia negativa el primer día, puede condicionar un rechazo crónico al tratamiento

RESULTADOS ESPERADOS

- Recibir al paciente y familiar, facilitando la integración del mismo durante su estancia en la unidad de diálisis.
- Dotar al paciente y su familia de los conocimientos que necesitan para afrontar su nueva situación y disminuir la ansiedad que pueda originar la HD.
- Informar al paciente y familia de sus derechos y deberes.
- Favorecer la adaptación del paciente a su nueva situación de salud disipando en lo posible sus miedos y temores.

MÉTODO

- Entrevista con el paciente y/o la familia. la realizara la supervisora previo comienzo del tratamiento.
 - Realización de triptico informativo con toda la información necesaria a cerca del tratamiento y funcionamiento de la unidad así como pautas higiénicas y dieteticas.
- Estas actividades quedarán reflejadas en la historia de enfermería.

INDICADORES

Porcentaje de pacientes nuevos a los que se les realiza entrevista y se les entrega triptico, mediremos este porcentaje através de un documento que firmará el paciente una vez recibida la información y entega de esta.

DURACIÓN

La duración del proyecto será de un año, de Enero a Diciembre 2017.

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	: 3 Bastante

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0456

1. TÍTULO

IMPLANTACION CATETER PERITONEAL. PROTOCOLIZACION, ACTUACION DE ENFERMERIA POST IMPLANTACION CATETER PERITONEAL

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE ALICIA LACASA SANCHEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ACERO CARRERO ALMUDENA
NAVARRO BURRIEL MARIA PILAR
ESPARZA HERERRO ANA PILAR
GASCON MARIÑO ANTONIO
FERNANDEZ RODRIGUEZ FRANZ
GALLEGOS VILLALOBOS ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En un primer momento se realizo el nuevo protocolo para cuidados de enfermería tras implantación de cateter peritoneal, posteriormente se realizaron varias charlas para formar a todo el personal de la unidad en esta actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde que se instauró el proyecto de calidad se han incluido todos los pacientes incidentes en diálisis peritoneal.

Se ha incluido el protocolo en la historia clínica del paciente, realizando una hoja de seguimiento individual desde la colocación del catéter peritoneal a cada paciente.

Hasta la fecha se han incluido tres pacientes siguiendo el protocolo realizado. Todo el personal de la unidad ha seguido los pasos definidos en el protocolo desde la colocación del catéter peritoneal hasta el comienzo de diálisis peritoneal en el domicilio del paciente.

Ninguno de los pacientes ha presentado infección del orificio de salida del catéter ni del túnel subcutáneo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todo el personal de nuestra unidad considera que el proyecto es adecuado y facilita una actuación estandarizada tras la colocación del catéter peritoneal.

Se siguen realizando sesiones formativas para instruir al nuevo personal en la realización del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/456 ===== ***

Nº de registro: 0456

Título
IMPLANTACION CATETER PERITONEAL. PROTOCOLIZACION ACTUACION DE ENFERMERIA POST IMPLANTACION CATETER PERITONEAL

Autores:
LACASA SANCHEZ ALICIA, ACERO CARRERO ALMUDENA, NAVARRO BURRIEL MARIA PILAR, ESPARZA HERRERO ANA PILAR, RUIZ CRIADO JORGE, GASCON MARIÑO ANTONIO, FERNANDEZ RODRIGUEZ FRANZ, GALLEGOS VILLALOBOS ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: enfermos renales
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 acceso peritoneal con funcionamiento correcto y sin problemas contribuye al éxito del programa de DP. La principal función del catéter peritoneal es facilitar el flujo bidireccional de la solución dializante,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0456

1. TÍTULO

IMPLANTACION CATETER PERITONEAL. PROTOCOLIZACION, ACTUACION DE ENFERMERIA POST IMPLANTACION CATETER PERITONEAL

sin requerir gran esfuerzo o causar incomodidad o dolor.

Las complicaciones relacionadas con el catéter peritoneal pueden ser: catéteres malfuncionantes, migración, mal drenaje, escape del líquido pericater, obstrucciones por fibrina, atrapamientos, etc.

El cuidado postoperatorio y el mantenimiento del acceso peritoneal son importantes para la función del catéter a largo plazo. Para evitar la obstrucción del catéter por detritus, fibrina o coágulos sanguíneos hasta el momento de su utilización.

El diseño funcional del programa de DP debe incluir la protocolización de procedimientos y un plan de calidad. En la unidad de Hemodiálisis del Hospital Obispo Polanco, existen enfermos que utilizan la técnica de diálisis Peritoneal, pero no existe como tal un protocolo estandarizado y conocido por todo el personal del servicio por lo cual, consideramos un proyecto importante para aumentar la calidad del servicio que prestamos

RESULTADOS ESPERADOS

- Planificar de forma individualizada, los cuidados que requiera y/o requerirá el paciente para responder a las necesidades terapéuticas y de cuidados, que puedan surgir en el tratamiento con DP.
- Ofrecer una atención integral y continuada al paciente en DP.
- Comprobar el buen funcionamiento del catéter peritoneal tras su implantación.
- Asegurar los cuidados post-quirúrgicos del catéter.
- Facilitar que la cicatrización sea lo más fisiológica, rápida y aséptica posible, tras la implantación del catéter de DP.
- Prevenir y/o reducir la colonización bacteriana durante el proceso de cicatrización.
- Evitar traumas en orificio y manguitos.
- Detectar complicaciones rápidamente y tratarlas de forma precoz.
- Comprobar la permeabilidad y funcionalidad del catéter implantado.
- Eliminar los restos hemáticos que hayan podido quedar en la cavidad peritoneal, después de la intervención.
- Prevenir obstrucciones por fibrina o coágulos sanguíneos, hasta el momento de su utilización.

MÉTODO

- Realizar protocolo, cuidados de enfermería tras implantación catéter peritoneal
- formar a todo el personal de la unidad en esta actividad.
- registro en la historia de enfermería

INDICADORES

- Al finalizar el proyecto, contabilizar número de enfermos a los que se les ha implantado catéter peritoneal.
- Porcentaje de enfermos en los que se completa los pasos definidos en el protocolo, y se refleja en la historia de enfermería.
- Porcentaje de infecciones en este periodo en los enfermos en los que se han seguido pasos del protocolo
- Registro de actividades formativas,

DURACIÓN

- Un año.
- Actividades formativas para el personal de la Unidad, una al acabar de realizar el protocolo, segunda a los dos meses de iniciar el proyecto y al finalizar.

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 - 2016/1726

1. TÍTULO

INSTAURACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO (NEFROSOFT®) PARA LA GESTION INTEGRAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE JORGE RUIZ CRIADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACASA SANCHEZ ALICIA
CARRERO ACERO ALMUDENA
GASCON FUERTES ESTHER
FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION
VILAR BONACASA BEATRIZ
SORIANO PUERTOLAS ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hasta el momento desde su puesta en marcha se han incluido en el programa informático (Nefrosoft®) a todos los pacientes tanto prevalentes como incidentes de nuestra unidad de hemodiálisis. Incluyendo los pacientes desplazados durante un tiempo a nuestra unidad por motivos vacacionales.
Se han rellenado todos los campos del formulario de cada paciente (datos clínicos, acceso vascular, pauta de hemodiálisis, tratamientos, vacunaciones, etc...) en el Nefrosoft® por parte del responsable del proyecto y sus otros componentes.

Desde Nov 2017 se ha abandonado completamente el uso del papel en la unidad de hemodiálisis. Todas las pautas de hemodiálisis y tratamientos de los pacientes se han gestionado mediante el Nefrosoft® por parte de los médicos.

Se ha registrado toda la información de cada sesión de hemodiálisis por parte del servicio de enfermería. Se ha generado la agenda semanal de los turnos de hemodiálisis mediante el Nefrosoft®.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta el momento se han alcanzado todos los indicadores previstos y dentro del calendario marcado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hasta el momento todo el equipo de mejora considera beneficioso tanto para el paciente como para la organización y gestión de la unidad de hemodiálisis el uso del programa informático instalado (Nefrosoft®).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1726 ===== ***

Nº de registro: 1726

Título
INSTAURACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO (NEFROSOFT®) PARA LA GESTION INTEGRAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD HEMODIALISIS

Autores:
RUIZ CRIADO JORGE, GASCON MARIÑO ANTONIO, LACASA SANCHEZ ALICIA, CARRERO ACERO ALMUDENA, GASCON FUERTES ESTHER, FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION, VILAR BONACASA BEATRIZ, SORIANO PUERTOLAS ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1726

1. TÍTULO

INSTAURACION DE UN PROGRAMA INFORMATICO (NEFROSOFT®) PARA LA GESTION INTEGRAL DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD HEMODIALISIS

Desde que se inicio nuestra unidad de hemodiálisis no ha existido un registro integral de los pacientes en hemodiálisis crónica ni de los datos generados en el quehacer diario tanto por parte de los médicos como de las enfermeras de la unidad. Hasta el momento todo se ha registrado en gráficas mensuales en papel (órdenes de tratamiento y gráficas de enfermería) que posteriormente se guardaban en la historia clínica de cada paciente. Esto dificulta el acceso a todos estos datos teniendo que hacer un análisis manual por parte de la supervisora de enfermería y el jefe de servicio de la actividad realizada y el consumo de nuestra unidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Esta aplicación informática pretende ayudar a una fácil y rápida introducción de los datos clínicos, analíticos, pautas de hemodiálisis y tratamientos con una disponibilidad posterior de estos datos de forma rápida y además permite compatibilizarlo con otros programas informáticos como paquetes estadísticos, editores de texto, bases de datos, etc. que faciliten su manejo.

Se incluirán a todos los pacientes prevalentes e incidentes en nuestra unidad de hemodiálisis a partir del inicio del proyecto.

En definitiva el principal objetivo es conseguir una gestión integral de nuestra unidad de hemodiálisis mediante este programa informático y una desaparición del uso del papel a todos los niveles.

MÉTODO

Se necesita en primer lugar una aplicación informática que en nuestro caso es Nefrosoft® (Visual Limes S.L). Para su instauración se necesita un HARDWARE (Ordenador PC compatible con procesador de 1000 megahercios (MHz) o superior, con 4 Gb de RAM) y un SOFTWARE (únicamente es necesario disponer de un navegador web, preferiblemente de última generación. Mozilla Firefox, Google Chrome o Internet Explorer 10 o superior).

Se necesita realizar una integración del nefrosoft con la intranet del Hospital Obispo Polanco y con el laboratorio del hospital por parte del servicio de informática.

Es preciso realizar varios cursos de formación tanto para personal médico, enfermería y auxiliares sobre el manejo del programa.

Para utilizarlo se necesita aumentar el número de ordenadores tanto en la sala de médicos como en la unidad de hemodiálisis y varias tablets para facilita su uso por parte de enfermería.

INDICADORES

Incluir en el programa informático (Nefrosoft®) a todos los pacientes tanto prevalentes como incidentes de la unidad de hemodiálisis desde el inicio del proyecto.

Rellenar todos los campos del formulario de cada paciente (datos clínicos, acceso vascular, pauta de hemodiálisis, tratamientos, vacunaciones, etc...) en el Nefrosoft® por parte de los médicos.

Abandonar completamente el uso del papel en la unidad de hemodiálisis.

Realizar todos las pautas de hemodiálisis y tratamientos de los pacientes mediante el Nefrosoft® por parte de los médicos.

Registro de toda la información de cada sesión de hemodiálisis por parte del servicio de enfermería.

Generar la agenda semanal de los turnos de hemodiálisis mediante el Nefrosoft®.

DURACIÓN

Durante 1 mes se realizarán los cursos de formación tanto para personal médico, enfermería y auxiliares.

Posteriormente unos 4-5 meses para el uso simultaneo del programa informático y el papel.

A partir del 5-6 meses abandonar completamente el uso del papel y sólo utilizar el Nefrosoft® para gestionar de forma integral la unidad de hemodiálisis.

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 - 2016/1735

1. TÍTULO

REVISION MANUAL DE POLIGRAFIAS DOMICILIARIAS EN PACIENTES CON PROBABILIDAD CLINICA BAJA-MEDIA DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MARIO NICOLAS ALBANI PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE PABLO CARDENAS JUAN MARIA
PLAZA BAYO AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se llevó a cabo una selección de los casos diagnosticados de Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño (SAHS) correspondiente a los pacientes que acudieron a consultas externas de Neumología pertenecientes a la agenda NML3. Durante el periodo previsto, se seleccionaron a aquellos pacientes que presentaron una probabilidad baja-media de SAHS, y con ausencia de hipersomnia diurna medida por el cuestionario de Epworth (valor inferior a 12 puntos). Se excluyeron aquellos casos con profesiones de riesgo y que presentaban factores de riesgo cardiovascular que indicaran el tratamiento de esta patología independientemente de su gravedad. Se realizó una revisión manual exhaustiva de los casos permitiendo perfilar los resultados automatizados indicados por el polígrafo. La revisión manual se basó en examinar meticulosamente por épocas de 5 minutos el trazado (basándose de un total de 480 minutos de trazado por prueba). La intención básica se basó en la exclusión de eventos respiratorios mal detectados y la inclusión de aquellos no detectados. Estos resultados fueron plasmados en un documento individualizado (instrumento de recolección) donde se indicaron datos generales del paciente, motivo de solicitud, aspectos antropométricos, clínicos, resultados poligráficos, conclusiones y comentarios o notas finales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el periodo de recolección de datos se solicitaron 56 poligrafías cardiorrespiratorias domiciliarias para descartar SAHS, de las cuales 17 (32.14%) presentaron una probabilidad de SAHS media-baja. La muestra final fue de 7 pacientes (con ausencia de hipersomnia diurna y siguiendo los criterios de inclusión y exclusión previamente citados), correspondientes a un 41.17% de los casos con probabilidad baja-media y al 12.5% del total de la población. La media de edad fue de 56.57 años, y el IMC medio fue de 32.6 k/m². El Epworth medio fue de 8.14 puntos. En relación a los parámetros poligráficos, el IAH total medio automatizado fue de 14.36 y el manual de 10.92, ambos en posición supina. En relación a los eventos, la diferencia del total de las medias de eventos automatizados en relación a los corregidos fue de 40.42 a favor de la valoración manual (sustracción de 118.27 eventos automatizados menos los 77.85 eventos manuales). Las variables IDO y CT90 no mostraron diferencias puntuales en relación a la poligrafía automatizada ya que la sensibilidad para su detección fue bastante precisa, con una media de 40,14% y de 26.5 d/h, respectivamente. La saturación de oxígeno media de la muestra fue del 85%. Se evidenció un cambio en la gravedad del SAHS de moderado a leve en 3 casos, de leve a roncopatía simple en 2 casos, permaneciendo la gradación inalterada en los restantes 2 casos (leve a leve, y moderado a moderado). De los 7 pacientes valorados, sólo 3 pacientes fueron susceptibles de recibir la terapia CPAP, evitando su colocación en el resto. El impacto de este proyecto piloto reside en la importancia de la individualización en el diagnóstico y tratamiento del SAHS, así como el hecho de considerar la gran variabilidad de los resultados en relación a los estudios de sueño no vigilados, como es el caso de la poligrafía cardiorrespiratoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se recomienda, tal cual como se comenta en la bibliografía nacional e internacional de consensos y normativas para el diagnóstico y tratamiento del SAHS, realizar una revisión manual de la poligrafía cardiorrespiratoria domiciliar para estimar los resultados reales y así no realizar prescripciones injustificadas para el paciente. De igual forma, permite perfilar los eventos respiratorios de acuerdo a las características generales. La individualización del diagnóstico inicial en esta patología permite ser una estrategia coste-efectiva en nuestro entorno evitando la sobrestimación derivada de los errores de la valoración automatizada. No obstante, los resultados indicados fueron limitados por el número de casos debido a los criterios estrictos de selección de los pacientes. La revisión manual es un aspecto relevante contemplado en guías y normativas, que debe ser realizado estrictamente por neumólogos con experiencia en el tema. Las limitaciones en su ejecución se basan en el tiempo que requiere para ser valorada (aproximadamente de 30-40 minutos, incluyendo la emisión del informe final), así como la formación del personal que la interpreta. Su mayor ventaja reside en la ausencia de gastos añadidos al sistema de salud, perfilando los casos que realmente son susceptibles a recibir tratamiento específico y descartando a aquellos en los que no está indicada la terapia. En esta valoración, se permitió perfilar el tipo de paciente y evitar la indicación injustificada de la terapia CPAP en más de la mitad de los casos. En general, la revisión manual no sólo debe ceñirse a este subgrupo de pacientes, sino también debe hacerse generalizada a todos aquellos a los cuales se les ha indicado una poligrafía cardiorrespiratoria para el diagnóstico de SAHS. Este hecho permitiría obtener una mejor aproximación en el diagnóstico individualizado y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1735

1. TÍTULO

REVISION MANUAL DE POLIGRAFIAS DOMICILIARIAS EN PACIENTES CON PROBABILIDAD CLINICA BAJA-MEDIA DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

una conducta final ajustada a cada caso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1735 ===== ***

Nº de registro: 1735

Título
REVISION MANUAL DE POLIGRAFIAS DOMICILIARIAS EN PACIENTES CON PROBABILIDAD CLINICA BAJA-MEDIA DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

Autores:
ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS, DE PABLO CARDENAS JUAN MARIA, PLAZA BAYO AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) es considerado un problema de salud pública con un elevado infradiagnóstico y que representa un factor de riesgo en el desarrollo de eventos cardiovasculares. El colapso parcial o total de la vía aérea superior (VAS) se produciría como consecuencia de un desequilibrio de fuerzas entre las que tienden a cerrarla y las que la mantienen abierta. El diagnóstico del SAHS se confirma con un índice de apneas/hipopneas (IAH) superior a 5, asociado a síntomas relacionados con la enfermedad (hipersomnia diurna, roncopatía, apneas presenciadas) y no explicados por otras causas. La Polisomnografía (PSG) se considera la prueba "Gold Estándar" para su diagnóstico. En recientes documentos de consensos avalados por la SEPAR, la Poligrafía Cardiorrespiratoria (PR) ha cobrado importancia en su diagnóstico, siendo la prueba de elección ante pacientes con probabilidad clínica media-alta. Sus ventajas radican en su simplicidad de ejecución y el impacto en el bajo coste sanitario.

Los resultados de la PR se obtienen con la medición automatizada del equipo. La revisión manual cobra importancia ante eventos no detectados automáticamente y en los falsos positivos, disminuyendo los errores en la interpretación por defecto. Estas situaciones pueden interferir con el grado de diagnóstico y a su vez con el tratamiento del SAHS

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la valoración en pacientes con sospecha clínica baja-media de SAHS, a través de la corrección manual de los eventos respiratorios en el registro poligráfico.
Modificar el grado de SAHS dependiente de la valoración manual poligráfica.
Emisión de informe de Poligrafía corregida.
Realizar una correcta prescripción del CPAP y/o medidas higiénico-dietéticas del sueño.
Reducirlos gastos sanitarios derivados de la interpretación automatizada.

MÉTODO
Inicialmente, se seleccionarán los pacientes susceptibles de la intervención, con un grado de probabilidad clínica media-baja, y en los que se presenten dudas en el trazado general obtenido de forma automatizada, o cuya clínica no se relacione con los resultados obtenidos. Una vez obtenida la interpretación automatizada del registro poligráfico (480 minutos de grabación), se procederá a su revisión manual por épocas de 5 minutos, para detectar los eventos respiratorios (apneas, hipopneas), y así valorar el trazado (eventos detectados incorrectos y no detectados). De igual forma, se observarán las variables oximétricas (desaturaciones) y cardíacas, así como su relación con los eventos citados. Tras la corrección, se emitirá un informe final que permitirá obtener el número real eventos y los índices a evaluar, especialmente el IAH, IDH y CT 90, así como otras variables sujetas a la interpretación del registro.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1735

1. TÍTULO

REVISION MANUAL DE POLIGRAFIAS DOMICILIARIAS EN PACIENTES CON PROBABILIDAD CLINICA BAJA-MEDIA DE SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

Calcular la diferencia entre el IAH, IDO y CT90 obtenidos automáticamente con el corregido de forma manual.
Valorar la gravedad del SAHS tras la corrección manual.
Prescripción del CPAP de acuerdo a parámetros clínicos
Comprobar una relación coherente entre el grado de SAHS y la indicación del CPAP.

DURACIÓN

Se valorarán los pacientes durante el periodo de Octubre de 2017 a Octubre de 2018, susceptibles a la intervención.
Perfeccionar en diagnóstico del SAHS mediante la corrección manual de los registros poligráficos en pacientes con probabilidad clínica baja-media, susceptibles a ser tratados con CPAP.

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 - 2016/0069

1. TÍTULO

APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE LAURA JARAUTA LAHOZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDO QUINTANA NATALIA
SANZ ASIN JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado varias infiltraciones de toxina botulínica en dos pacientes:

- Un paciente con Enfermedad de Parkinson Avanzada: ha sido infiltrado en 3 ocasiones, empezando por dosis mínima en cada glándula y escalando dosis hasta máximas.
- Una paciente con diagnóstico de ELA. Una infiltración a dosis estándar de toxina tanto en glándulas submandibulares como parótidas. .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultado en primer paciente: El tiempo de intervalo entre una infiltración y otra fue aproximadamente de 2-3 meses (según lo estándar).En la primera, la respuesta fue parcial, con mejoría del 70% subjetivamente, siendo valorada esta respuesta a las 2 semanas, y valorando efectos secundarios en las siguientes 24-48 horas siguientes a la infiltración. Duración de la mejoría corta, de aproximadamente 15 días. En segunda infiltración mejoría del 50% durante unas 2 semanas. En tercera infiltración mejoría de < 30% con aparición de disfagia que posiblemente estuviera en relación a la infiltración y que cedió de forma espontánea en 2 semanas.

Resultado en segundo paciente:No efectos secundarios ni mejoría. La paciente prefirió no volver a infiltrar.

Métodos y actividades: el método y medidas higiénicas se llevaron a cabo según explicaba el proyecto. Sin incidencias.

Indicadores:

- Pacientes que tras ser seleccionados como candidatos a la infiltración de toxina son tratados en menos de 2 meses: 90%..... cumplimiento del 100%
- Firma del Consentimiento Informado: 100%.....cumplimiento del 100%
- Paciente que son infiltrados bajo las medidas de seguridad e higiene especificadas: 100%...cumplimiento del 100%
- Valoración subjetiva de la mejoría antes de la siguiente infiltración: 100%..... cumplimiento del 100%
- Valoración del paciente en aproximadamente 2 semanas tras la infiltración (2-3 semanas): 70%.....cumplimiento del 100%.

Método de obtención: por observación del procedimiento de forma personal y datos de la historia clínica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es recomendable seguir realizando una buena selección del paciente para aumentar el tamaño muestras y la curva de aprendizaje. Según resultados podría valorarse la opción de realizar un rotatorio corto en un Servicio de Neurología cercano para mejorar la práctica de esta intervención.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/69 ===== ***

Nº de registro: 0069

Título
APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Autores:
JARAUTA LAHOZ LAURA, HERNANDO QUINTANA NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0069

1. TÍTULO

APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
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
Desde hace muchos años la aplicación percutánea de toxina botulínica en nuestro servicio es una práctica clínica habitual como tratamiento de diferentes trastornos del movimiento (hemiespasmus facial, blefaroespasmus y diferente tipos de distonías). Desde el año 2015, con la llegada de especialistas formados en este ámbito de la neurología, se amplió la aplicación de esta terapia como tratamiento preventivo de la Migraña crónica.
Hasta este momento, existía una laguna en el manejo de la sialorrea secundaria enfermedades neurodegenerativas, concretamente en la Enfermedad de Parkinson y en la Esclerosis Lateral Amiotrófica, afección muy frecuente en la fase avanzada de ambas patologías.
A raíz de la participación en un Focus sobre " Aplicación de toxina botulínica en Neurología" entre Mayo-Junio del 2016 se decide ofertar esta terapia a pacientes seleccionados controlados en las consultas ambulatorias de Neurología. La revisión bibliográfica hasta la fecha avala la utilización de la toxina botulínica mediante inyección percutánea por su eficacia y perfil de seguridad.
El tratamiento más efectivo para la sialorrea es la inyección, en las glándulas salivares intraparotídeas y submandibulares, de toxina botulínica A por vía percutánea (dosis de 30-100 U). Produce una disminución de la producción de saliva y, por lo tanto, del babeo, lo que da lugar a una mejoría subjetiva en el 65% de los casos.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el manejo de los pacientes con sialorrea con el objetivo principal de mejorar su calidad de vida. Se pretende a su vez mejorar la deglución, disminuir la posible repercusión social y evitar los efectos secundarios que pueden provocar los fármacos administrados por vía oral.

MÉTODO
- Una vez seleccionado el paciente y explicado el proceso y posibles efectos secundarios se le hará firmar un consentimiento informado. A continuación, se le dará cita para la inyección de la toxina.
- La infiltración se realizará en CCEE Neurología de manera habitual, aunque en casos de ocupación de la misma se realizará en el despacho de Neurología de la Planta 4ª
- La infiltración se hará previa limpieza de la zona cutánea con Betadine y el especialista se pondrá guantes (no necesariamente estériles)
- La toxina botulínica sobrante (ya sea en el vial como en el recipiente correspondiente) se eliminará según el proceso asignado para "material caducado".
- Se citará al paciente en 2 semanas para revisar eficacia y efectos secundarios (al menos tras la primera administración). Esta medida puede ser difícil de cumplimentar dado que se trata de pacientes en muchas ocasiones con problemas de movilidad y traslado.

INDICADORES
-Pacientes que tras ser seleccionados como candidatos a la infiltración de toxina son tratados en menos de 2 meses: 90%
- Firma del Consentimiento Informado: 100%
- Paciente que son infiltrados bajo las medidas de seguridad e higiene especificadas: 100%
- Valoración subjetiva de la mejoría antes de la siguiente infiltración: 100%
- Valoración del paciente en aproximadamente 2 semanas tras la infiltración (2-3 semanas): 70%

DURACIÓN
Fecha de inicio: Agosto 2016
Fecha de finalización: se mantendrá la actividad siempre que haya profesional capacitado para aplicar esta técnica.
Frecuencia de administración: en dependencia de la necesidad asistencial (numero de pacientes candidatos). Se intentarán agupar pacientes para poder utilizar el total del producto sin desaprovechar el sobrante.

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 - 2016/0069

1. TÍTULO

APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE LAURA JARAUTA LAHOZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDO QUINTANA NATALIA
SANZ ASIN JOSE MANUEL
GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Seguimiento durante el año 2018: Ningún paciente ha sido seleccionado para la infiltración de toxina botulínica para tratar la sialorrea. Los dos pacientes tratados en 2017 no continúan en tratamiento, uno por falta de eficacia y el otro porque, al retirar la duodopa intestinal y pasar a medicación oral se ha conseguido un estado de estabilidad (aunque infratratado) donde no existe sialorrea.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se han obtenido resultados durante el 2018 ya que no ha habido pacientes candidatos a la infiltración de toxina botulínica

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Justificación de resultados y posibles soluciones: Actualmente ninguno de nuestros pacientes controlados periódicamente en Neurología que están diagnosticados de Enfermedad de Parkinson o ELA presentan sialorrea no refractaria a medicación o de intensidad moderada-intensa, por lo que no precisan infiltración de toxina. Se cree que los escasos candidatos a esta terapia se deben a que nuestra casuística en estas patologías no es suficiente y que a que actualmente estamos controlando ambulatoriamente pacientes con Enfermedad de Parkinson en estado inicial-intermedio y menos en estadio avanzado. Es posible que exista una cantidad significativa de enfermos con Enfermedad de Parkinson que esté siendo controlada por Geriatria o por el MAP y que puedan estar presentando sialorrea refractaria a medicación. Quizá una posible solución a este problema sería poder difundir esta terapia al Servicio de Geriatria para que seleccionaran pacientes potencialmente candidatos a la infiltración de toxina.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/69 ===== ***

Nº de registro: 0069

Título
APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Autores:
JARAUTA LAHOZ LAURA, HERNANDO QUINTANA NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema nervioso
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
Desde hace muchos años la aplicación percutánea de toxina botulínica en nuestro servicio es una práctica clínica habitual como tratamiento de diferentes trastornos del movimiento (hemiespasma facial, blefaroespasma y diferente tipos de distonías). Desde el año 2015, con la llegada de especialistas formados en este ámbito de la neurología, se amplió la aplicación de esta terapia como tratamiento preventivo de la Migraña crónica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0069

1. TÍTULO

APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Hasta este momento, existía una laguna en el manejo de la sialorrea secundaria enfermedades neurodegenerativas, concretamente en la Enfermedad de Parkinson y en la Esclerosis Lateral Amiotrófica, afección muy frecuente en la fase avanzada de ambas patologías.

A raíz de la participación en un Focus sobre " Aplicación de toxina botulínica en Neurología" entre Mayo-Junio del 2016 se decide ofertar esta terapia a pacientes seleccionados controlados en las consultas ambulatorias de Neurología. La revisión bibliográfica hasta la fecha avala la utilización de la toxina botulínica mediante inyección percutánea por su eficacia y perfil de seguridad.

El tratamiento más efectivo para la sialorrea es la inyección, en las glándulas salivares intraparotídeas y submandibulares, de toxina botulínica A por vía percutánea (dosis de 30-100 U). Produce una disminución de la producción de saliva y, por lo tanto, del babeo, lo que da lugar a una mejoría subjetiva en el 65% de los casos.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el manejo de los pacientes con sialorrea con el objetivo principal de mejorar su calidad de vida. Se pretende a su vez mejorar la deglución, disminuir la posible repercusión social y evitar los efectos secundarios que pueden provocar los fármacos administrados por vía oral.

MÉTODO

- Una vez seleccionado el paciente y explicado el proceso y posibles efectos secundarios se le hará firmar un consentimiento informado. A continuación, se le dará cita para la inyección de la toxina.
- La infiltración se realizará en CCEE Neurología de manera habitual, aunque en casos de ocupación de la misma se realizará en el despacho de Neurología de la Planta 4ª
- La infiltración se hará previa limpieza de la zona cutánea con Betadine y el especialista se pondrá guantes (no necesariamente estériles)
- La toxina botulínica sobrante (ya sea en el vial como en el recipiente correspondiente) se eliminará según el proceso asignado para "material caducado".
- Se citará al paciente en 2 semanas para revisar eficacia y efectos secundarios (al menos tras la primera administración). Esta medida puede ser difícil de cumplimentar dado que se trata de pacientes en muchas ocasiones con problemas de movilidad y traslado.

INDICADORES

- Pacientes que tras ser seleccionados como candidatos a la infiltración de toxina son tratados en menos de 2 meses: 90%
- Firma del Consentimiento Informado: 100%
- Paciente que son infiltrados bajo las medidas de seguridad e higiene especificadas: 100%
- Valoración subjetiva de la mejoría antes de la siguiente infiltración: 100%
- Valoración del paciente en aproximadamente 2 semanas tras la infiltración (2-3 semanas): 70%

DURACIÓN

Fecha de inicio: Agosto 2016

Fecha de finalización: se mantendrá la actividad siempre que haya profesional capacitado para aplicar esta técnica.

Frecuencia de administración: en dependencia de la necesidad asistencial (numero de pacientes candidatos). Se intentarán agupar pacientes para poder utilizar el total del producto sin desaprovechar el sobrante.

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 - 2016/0073

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: TRANSFERENCIA DE LA NEUROSONOLOGIA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO A NEUROLOGIA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE NATALIA HERNANDO QUINTANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JARAUTA LAHOZ LAURA
SANCHEZ SANTOS PEDRO JOSE
FERNANDEZ BEDOYA IVAN ULISES
FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA
ROIG SALGADO CRISTINA
YAGO ESCUSA MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se planteó el proyecto de transferencia de la realización de ecografía doppler de troncos supraaórticos del servicio de Radiodiagnóstico al de Neurología con el objetivo de mejorar la accesibilidad de los pacientes al sistema.

Para ello se han realizado las siguientes acciones:

- Desde Julio de 2016 el estudio de ecografía doppler se está realizando por parte del Servicio de Neurología, aplicado a las solicitudes realizadas a partir de esta fecha (los pacientes ya citados de forma ambulatoria en el servicio de Radiodiagnóstico mantuvieron su cita)
- Desde Octubre de 2016, las ecografías solicitadas por parte del servicio de Neurología se han realizado por el propio servicio.
- Se ha utilizado el aparato de ecografía del servicio de Radiodiagnóstico, así como su personal auxiliar:
 - o Para pacientes ambulatorios, las ecografías se han realizado en horario de tarde, dos veces al mes, entre 7 y 9 ecografías cada tarde
 - o Para pacientes ingresados, las ecografías se han realizado en horario de mañana. Inicialmente se utilizó el horario de agenda habitual del servicio de Radiodiagnóstico, pero para ayudar a mejorar la accesibilidad a las pruebas de ecografía y aumentar la capacidad de realización de pruebas, estos pacientes finalmente eran citados antes o después del horario de citación oficial del servicio de Radiodiagnóstico, dentro del horario laboral de mañana.
- Las citas de los pacientes ambulatorios inicialmente se realizaban vía telefónica. Desde Agosto de 2017, se establecieron dos días al mes de forma fija para realizar ecografías, de modo que se daba la cita al paciente en la misma visita en la que se solicitaba la prueba, de esta manera podían solicitar la cita para resultado de manera anticipada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Nº de ecografías realizadas desde Julio de 2016 hasta Octubre de 2016 (período de adaptación): 58
- Nº de ecografías realizadas desde Octubre de 2016 hasta Enero de 2017: 355
- El 79% de las ecografías doppler solicitadas de forma ambulatoria se hicieron en menos de 2 meses desde la fecha de la petición
- Se realizaron 48 ecografías a pacientes que habían presentado AIT: 85.4% en menos de 48h desde la petición. No se evaluó la estancia media, debido a que se modificó el manejo de los mismo a lo largo del año 2016, valorándose ingreso de todos los AIT para estudio completo.
- El 82.5% de las ecografías doppler de los pacientes ingresados se realizaron en menos de 48 horas (porcentaje indicado en el proyecto: al menos 75%)
- El 94.7% de las ecografías doppler de troncos supraaórticos solicitadas por Neurología desde Octubre de 2016 se realizaron por parte de dicho servicio. (porcentaje indicado en el proyecto: al menos 90%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han cumplido los objetivos propuestos en el proyecto, valorándose como positivo, ya que se ha conseguido mejorar la accesibilidad a este estudio por parte de los pacientes.
En el momento actual, se ha cedido uno de los ecógrafos del servicio de Radiodiagnóstico al servicio de Neurología y estamos pendientes de habilitar una sala fuera del servicio de Radiodiagnóstico para actuar de forma independiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/73 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0073

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: TRANSFERENCIA DE LA NEUROSONOLOGIA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO A NEUROLOGIA

Nº de registro: 0073

Título
PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: TRANSFERENCIA DE LA NEUROSONOLOGIA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO A NEUROLOGIA

Autores:
HERNANDO QUINTANA NATALIA, JARAUTA LAHOZ LAURA, SANZ ASIN JOSE MANUEL, SANCHEZ SANTOS PEDRO JOSE, FERNANDEZ BEDOYA IVAN ULISES, FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA, ROIG SALGADO CRISTINA, YAGO ESCUSA MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El estudio de ecografía Doppler de troncos supraaórticos es una herramienta diagnóstica rápida, fácil de utilizar, de bajo coste, que no requiere apenas colaboración por parte del paciente y no es invasiva. Debido a estas razones se ha convertido en una prueba complementaria fundamental en el diagnóstico del ictus agudo, que permite conocer de qué tipo es y en qué lugar se encuentra la lesión vascular que ha originado cada cuadro.

Una de las estrategias del SALUD es la adecuada accesibilidad de los pacientes al sistema. Hasta el momento este estudio se realizaba por parte del servicio de Radiodiagnóstico. Debido a la carga asistencial de este servicio, la demora de realización de la prueba era muy prolongada, fundamentalmente el pacientes ambulatorios, pero también en pacientes ingresados, lo que en ocasiones producía un aumento de la estancia media. En hospitales de primer nivel y algunos de segundo nivel este estudio es realizado por parte de los Neurólogos, estando demostrado que los resultados son fiables y con buena correlación con otros estudios invasivos como la angio-RM o el angio-TC de troncos supraaórticos. Se propone por tanto transferir la realización de esta prueba del servicio de Radiodiagnóstico al servicio de Neurología para los pacientes a cargo de este último servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este plan de mejora es la reducción de la demora para la realización de las ecografías de troncos supraaórticos, favoreciendo así la accesibilidad al estudio. Además se espera la repercusión en la estancia media de los ingresos por ACV pero sobre todo en el manejo del AIT. Estos últimos pacientes debían ingresar en planta para completar estudio, prolongándose su estancia en muchas ocasiones por encima de las 48 horas.

MÉTODO

- Se utilizará el aparato de ecografía ubicado en el Servicio de Radiodiagnóstico. Dado que la programación asistencial es completa en horario de mañanas, se establecerá una consulta específica de Neurología para la realización de los estudios en horario de tarde, desplazando la jornada laboral.
- Los estudios que se realizarán serán los solicitados por el propio Servicio de Neurología.
- Para los pacientes que se encuentren ingresados en planta, se utilizarán los espacios habituales de las agendas correspondientes del Servicio de Radiodiagnóstico, excepto en los casos en los que esto suponga una demora en la estancia del paciente. En estas situaciones se contactará directamente con la sala de ecografía para realizar la prueba en espacios fuera de agenda, en el plazo, cuando sea posible, de menos de 24 horas.
- El mismo procedimiento se seguirá en los AIT con riesgo bajo o moderado según la escala ABCD2 que no requieren ingreso para otros estudios.

INDICADORES

- Demora media de las ecografías de troncos supraaórticos de carácter ambulatorio inferior a dos meses.
- Reducción de la estancia media de los AIT. Estancia media inferior a 48 horas.
- Porcentaje de ecografías de troncos supraaórticos realizadas en pacientes ingresados en menos de 48 horas. 75%
- Porcentaje de ecografías realizadas por neurólogos de las que se solicitan por el servicio de Neurología. 90%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0073

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: TRANSFERENCIA DE LA NEUROSONOLOGIA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO A NEUROLOGIA

DURACIÓN

- Inicio de realización de la técnica por parte del Servicio de Neurología: Julio de 2016
- Implantación del sistema de forma plena: a partir de Octubre de 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 : 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 - 2016/0762

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES GEMELARES EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA BERNAL ARAHAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEIRO HINOJOSA FRANCISCA
FUERTES UBEDA MARIA ROSARIO
FABRE CASTELLANO ANA
DOMINGO BARRADO ISABEL
PARRILLA VIRGOS PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de un protocolo consensuado en la Unidad de Ecografía del Hospital Obispo Polanco para seguimiento de Gestaciones Gemelares, revisando la bibliografía y recomendaciones más actualizados.
Recogida de datos de las pacientes evaluadas, pre y postnatales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2017 el número de gestaciones gemelares han disminuido en nuestro servicio considerablemente, siendo seguidas en su totalidad y atendiendo el parto en nuestro centro a 3 pacientes.
De ellas, la totalidad han seguido el protocolo propuesto (100%), sin encontrarse patología asociada en ninguna de ellas.
Los partos han sido a término y vía vaginal, sin incidencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de un protocolo consensuado ayuda en el seguimiento correcto de nuestras pacientes, evitando errores por la variabilidad en la práctica clínica.
En este caso, en número de gestaciones múltiples no es suficiente para poder extraer conclusiones definitivas, a pesar de los buenos resultados obtenidos.

7. OBSERVACIONES.

EL protocolo realizado ha resultado útil en nuestro servicio para reducir la variabilidad clínica, y continuará implementándose y actualizando conforme las nuevas recomendaciones basadas en la evidencia.
El número de gestaciones múltiples ha descendido notablemente, en probable relación con los nuevos protocolos y recomendaciones en las técnicas de reproducción asistida, que busca gestación única. En nuestra opinión, el protocolo resulta aún más útil cuando los casos son menores, pues evita errores y manejo inadecuado, aunque no se pueda justificar estadísticamente.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/762 ===== ***

Nº de registro: 0762

Título
PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES GEMELARES EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

Autores:
BERNAL ARAHAL MARIA TERESA, PEIRO HINOJOSA FRANCISCA, FUERTES UBEDA MARIA ROSARIO, FABRE CASTELLANO ANA, DOMINGO BARRADO ISABEL, SPINOSO CRUZ VICENTE, PARRILLA VIRGOS PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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
La prevalencia de la gestación gemelar espontánea es aproximadamente del 1-2%. En las últimas décadas, en los países desarrollados, ha aumentado a un 3-4% debido al incremento de la edad materna por el retraso electivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0762

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES GEMELARES EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

en la maternidad y a las técnicas de reproducción asistida. Presenta un riesgo de complicaciones maternas y fetales superior al de la gestación única y esto determinará el manejo antenatal e intraparto. La corionicidad es el principal factor que determina el pronóstico de la gestación. El número de partos gemelares en nuestro Servicio se aproxima a los 15 al año. En este momento no se registran las gestaciones diagnosticadas en nuestra unidad, pero cuyo parto se realiza en otro hospital, bien por derivación a nuestro centro de referencia por la aparición de complicaciones o bien por deseo materno. Por ello, creo que es un número suficiente para dedicarle la atención médica pertinente, pero escaso para que en nuestra unidad no aparezcan diferencias de criterios, al no estar unificados.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto de calidad se orienta a la protocolización y unificación de criterios en el manejo de las gestaciones gemelares, para un correcto seguimiento y prevención de complicaciones potencialmente diagnosticables por ecografía, como son el síndrome de transfusión feto-fetal, la secuencia anemia-policitemia y el CIR selectivo.

MÉTODO

1. Elaboración de un protocolo de Manejo de Gestación Gemelar dependiente de la Unidad de Ecografía, consensado con el Servicio y elaborado por los médicos que realizamos este proyecto (Teresa Bernal como coordinadora, y Vicente Spinoso, Isabel Domingo y Pilar Parrilla)
2. Aplicación e implementación del protocolo. Recogida de datos prenatales por parte de la enfermera de la consulta de tocología (Francisca Peiró), de la auxiliar de la consulta de ecografía (Rosario Fuertes) y de los postnatales por parte de la matrona (Ana Fabre)

INDICADORES

Los marcadores, debido al reducido número de gestaciones, serán difíciles de expresar en porcentajes. Como indicadores se recogerá:

1. Porcentaje de casos que se ajustan al protocolo durante el año 2017: idealmente por encima del 90 %
2. Aparición de complicaciones potencialmente diagnosticables:
 - a. Casos de prematuridad, y porcentaje sobre el mismo de monitorización de signos de alarma y tratamiento.
 - b. Casos de CIR selectivo y porcentaje de detección.
 - c. Casos de secuencia TAPS o STFF y porcentaje de detección.
 - d. Casos de malos resultados perinatales o pérdidas gestacionales y porcentaje de detección de signos de alarma.

DURACIÓN

Elaboración del protocolo entre octubre y diciembre de 2016
Aplicación, recogida de datos e implementación durante el año 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 - 2016/0792

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA GARCES VALENZUELA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAGUIA HERMIDA BELEN
LORENTE SAMPER LOURDES
DOMINGO BARRADO ISABEL
COLECHA MORALES MARTA
TREGON MARTIN PILAR
HERRERO SANZ CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Actualización de hojas de recomendaciones al alta, preexistentes tanto de episodios de ginecología como de Obstetricia

- Diseño de nuevas hojas de recomendaciones para otros diagnósticos, que no existían previamente

- Creación de base de datos para archivo de todas hojas de recomendaciones

- Análisis del porcentaje de hojas entregadas a las pacientes dadas de alta independientemente del diagnóstico, inmediatamente tras el alta y no por correo ordinario junto el informe de alta definitivos días más tarde

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha desarrollado y actualizado las hojas de recomendaciones para casi la mayoría de los diagnósticos posibles en ginecología y Obstetricia

Se ha estimado que la proporción de pacientes a los que se le ha entregado hoja de recomendaciones inmediatamente tras el alta es del 89%

El 100% de las pacientes dadas de alta tras parto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Mejora de la satisfacción de los pacientes al disminuir la incertidumbre/ansiedad por el desconocimiento

Estandarización y sistematización de la información aportada por el personal del servicio

Quedaría pendiente de realizar, la inclusión de esta base de datos en la intranet clínica para mejorar el acceso desde cualquier ordenador del servicio, y también el ir realizando otras hojas de recomendaciones en función de las necesidades que vayan surgiendo en el día a día.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/792 ===== ***

Nº de registro: 0792

Título
MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

Autores:
GARCES VALENZUELA MARTA, COLECHA MORALES MARTA, DOMINGO BARRADO ISABEL, SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA, TREGON MARTIN PILAR, LAGUIA HERMIDA BELEN, LORENTE SAMPER LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología: Enfermedades del aparato genitourinario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0792

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION A PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA MEDIANTE HOJA DE RECOMENDACIONES

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.:

PROBLEMA

Se ha convertido en una práctica común que los pacientes sean dados de alta poco tiempo después de una estancia aguda en el hospital y que se les indique que ellos mismos deben hacerse cargo de diversos aspectos de su propia atención en su domicilio.
Esto ha incrementado la necesidad de dar a los pacientes o a sus acompañantes, la información detallada que los habilite para poder realizar efectivamente en el domicilio, la atención requerida.

Se ha sugerido que darles información escrita sobre el cuidado de la salud puede ayudarlos a cuidarse a sí mismos.

La combinación de la información verbal y escrita, sobre el cuidado de la salud, permite el suministro de información estandarizada a los pacientes y sus acompañantes, lo que al parecer, mejora el conocimiento y la satisfacción.

RESULTADOS ESPERADOS

Estandarizar la información
Mejorar el conocimiento y satisfacción de los pacientes

MÉTODO

Actualizar las hojas de recomendaciones ya existentes
Diseñar nuevas hojas de recomendaciones para las diferentes cirugías ginecológicas y recomendaciones sobre reproducción y embarazo.
Facilitar el acceso a estas hojas a todo el personal del servicio (médicos, enfermeras, y auxiliares de enfermería) colgándola de forma organizada en la intranet clínica del hospital
Automatizar la entrega de estas hojas de recomendaciones en el momento del alta a domicilio, de manera que dispongan de ellas desde el primer momento

INDICADORES

- Porcentaje de hojas de recomendación entregadas al alta
- Numero de hojas de recomendaciones elaboradas
- Disponibilidad de las hojas de recomendaciones en la intranet clínica del hospital

Al alta de la paciente se reflejara en la historia clínica de forma escrita que se entrega la hoja de recomendaciones de forma que se pueda comprobar de forma retrospectiva el porcentaje de pacientes que se va a su domicilio con hoja de recomendaciones.

A los seis meses de la puesta en marcha de este proyecto, se evaluara el número de hojas de recomendaciones que están disponibles en la intranet del hospital y se evaluarán las altas de 2 meses para estimar el número de pacientes a las que se les ha entregado la hoja de recomendaciones al alta.

DURACIÓN

Se iniciara la elaboración de las hojas de recomendaciones a finales de 2016 con una previsión de 2 meses para la elaboración de todas, y de 6 meses para evaluar su disposición en la intranet y el porcentaje de hojas entregadas al alta.

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: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0967

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES COMPLICADAS CON RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA COLECHA MORALES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEIRO HINOJOSA FRANCISCA
FUERTES UBEDA MARIA ROSARIO
SPINOSO CRUZ VICENTE
VICENTE LAZARO CARMEN MARIA
GARCES VALENZUELA MARTA
CABEZA VENGOECHEA PEDRO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración del protocolo de actuación (manejo, seguimiento y finalización de la gestación) ante un feto CIR, y puesta en marcha del mismo ante tal diagnóstico. Aplicación en todos los casos diagnosticados desde su implantación hasta el momento actual, implicando a todos los profesionales de obstetricia. Para ello sólo es necesaria la estimación del peso fetal mediante ecografía (Ecógrafo Obstétrico de alta resolución) y la valoración de marcadores de bienestar fetal también mediante evaluación ecográfica y la realización de un RCTG (registro cardiotocográfico).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El protocolo ha sido aplicado con éxito y debidamente cumplido siguiendo las directrices del mismo, en todos los casos CIR diagnosticados en el servicio. Se han obtenido buenos resultados perinatales, obteniéndose recién nacidos pequeños acordes al feto estimado ecográficamente, sanos y con puntuaciones elevadas en el test de Apgar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Importancia de unificar criterios de manejo clínico ante situaciones especiales para un correcto seguimiento de los pacientes, sin discrepancias entre los diferentes especialistas involucrados en el proceso, y siempre según las recomendaciones científicas de las diferentes guías de actuación existentes.
Dada la utilidad del protocolo y su facilidad de aplicación, se continuará utilizando ante los nuevos casos diagnosticados. Se actualizará periódicamente y sobretodo ante los posibles nuevos avances científicos sobre el tema.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/967 ===== ***

Nº de registro: 0967

Título
PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES COMPLICADAS CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO FETAL EN LA UNIDAD DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

Autores:
COLECHA MORALES MARTA, PEIRO HINOJOSA FRANCISCA, FUERTES UBEDA MARIA ROSARIO, SPINOSO CRUZ VICENTE, VICENTE PEREZ CARMEN MARIA, CABEZA VENGOECHEA PEDRO JOSE, GARCES VALENZUELA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0967

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE GESTACIONES COMPLICADAS CON RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL EN LA UNIDAD DE ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

Los fetos CIR, es decir, aquellos fetos pequeños debidos a una insuficiencia placentaria, representan un 20-30% del total de fetos y por tanto se debe prestar especial atención en el seguimiento de estas gestaciones puesto que es causa de resultado perinatal adverso.

Esta complicación gestacional condiciona un aumento de riesgo de pérdida de bienestar fetal intrauterino y acidosis metabólica, dos situaciones asociadas con un ulterior desarrollo de encefalopatía hipóxica, parálisis cerebral y desarrollo psicomotor anómalo. Además es uno de los principales factores de riesgo de morbilidad neonatal, incrementándose el riesgo de aparición de enterocolitis necrotizante o síndrome de distrés respiratorio.

Dada la elevada incidencia de fetos CIR y la posibilidad de ofrecer un adecuado diagnóstico y seguimiento ecográfico, queda suficientemente justificada la elaboración de este protocolo, para así ofrecer una mejor atención a las gestantes del área de Teruel y prevenir la aparición de complicaciones perinatales sin llegar a causar yatrogenia.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este proyecto de calidad es la elaboración de un protocolo de diagnóstico y manejo de las gestaciones CIR. Se pretende unificar criterios para un correcto seguimiento y prevención de complicaciones potenciales, así como establecer el momento recomendado de finalización de la gestación según los diferentes indicadores ecográficos.

MÉTODO

1. Elaboración de un protocolo de Manejo de Gestación complicada con Restricción Crecimiento Fetal dependiente de la Unidad de Ecografía.
2. Aplicación e implementación del protocolo.

INDICADORES

Como indicadores se recogerá:

1. Porcentaje de casos que se ajustan adecuadamente al protocolo durante el año 2017: idealmente por encima del 90 %
2. Valoración del éxito del Protocolo:
 - a. Casos correctamente diagnosticados comparando peso fetal estimado vs peso neonatal real
 - b. Casos mal diagnosticados
 - c. Casos de prematuridad, y porcentaje sobre el mismo de monitorización de signos de alarma y tratamiento.
 - d. Casos de malos resultados perinatales o pérdidas gestacionales y porcentaje de detección de signos de alarma.

DURACIÓN

Elaboración del protocolo oct-dic 2016
Aplicación e implementación: año 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 - 2016/0654

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE UVEITIS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA PASTOR ESPUIG
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARZARAN TEIJEIRO ANA
NAVARRO CASADO MARIA NIEVES
GRACIA SANCHEZ PILAR
ALIAS ALEGRE EVA GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron 2 reuniones entre Dra. Navarro y Dra. Pastor, como oftalmólogas y entre la Dra. Garzarán y la Dra. García como internistas. Se valoró la necesidad de crear una unidad multidisciplinar que agilizara las consultas y el intercambio de información entre ambas especialidades. Se acordó que el día de consulta de la Unidad de Uveítis sería el último martes de cada mes, citando a los pacientes en la segunda parte de la consulta. Debido a la dificultad de crear agendas con nombres propios, no se pudo crear una nueva agenda con el nombre de "uveítis". Los pacientes eran citados en la consulta de retina de la Dra. Pastor (OFT-9), pero eran distribuidos a lo largo de toda la mañana de consulta. Esto dificultaba la organización de la unidad. Se intentó contactar y hacer partícipe también al especialista en reumatología del Hospital, pero era inminente el traslado de su plaza a otro hospital y no pudimos contar con él. La nueva reumatóloga que ocupó su puesto, estuvo de baja maternal, y también estuvimos unos meses sin poder realizar ninguna reunión con ella. Se recopilaron los pacientes diagnosticados de uveítis y que eran revisados por oftalmología y/o medicina interna y/o reumatología. Se inició el proceso de citación de los pacientes el día designado para la consulta de uveítis, pero como he mencionado, coordinar el horario de las visitas se nos hizo imposible.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Estamos convencidos de la importancia de esta unidad de Uveítis en el Hospital Obispo Polanco. Son numerosas las veces que se contacta telefónica o presencialmente con la reumatóloga o con la internista para comentar aspectos de los pacientes que llevamos conjuntamente. Las reuniones se hicieron y se iniciaron las citaciones, pero problemas personales, vacaciones etc de los diferentes médicos de la unidad hizo que no tuviera continuidad. Tenemos una unidad de uveítis "virtual", porque nos mantenemos en permanente contacto en relación a ciertos pacientes, pero estos acuden un día a su consulta con medicina interna y otro día a su consulta con oftalmología. Y nos intercambiamos valoraciones por teléfono, por mensajes, o revisando la historia clínica de la otra especialidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las unidades de uveítis necesitan de una mezcla compleja de conocimientos de Medicina Interna, y de la destreza del oftalmólogo para explorar a los pacientes. El oftalmólogo debe ser capaz, tras la exploración, de orientar las posibilidades etiológicas y el orden de prioridad y probabilidad; y el internista debe realizar una minuciosa anamnesis orientada según las sospechas del oftalmólogo. Deben ser unidades multidisciplinarias donde se hable el mismo "idioma" y se trabaje en la misma consulta y poder hablar "cara a cara" interna/reumatólogo y oftalmólogo. En uveítis, no "todo se asocia a todo", es decir, que encontramos diferentes patrones concretos de presentación de uveítis que se relacionan con diferentes enfermedades sistémicas concretas y por tanto en estos casos la petición de grandes baterías diagnósticas supone una pérdida de tiempo y dinero. Con esta unidad de uveítis se busca la rentabilidad diagnóstica. Se busca que un paciente con uveítis salga de la consulta con una descripción detallada de su uveítis, las posibilidades etiológicas y la batería de pruebas que corresponde, y se corresponde con un tratamiento adecuado. Creemos que el proyecto merece la pena prolongarlo y volver a iniciar las reuniones con la Dra. Estopiñan (Reumatología) y con la Dra. Garzarán (Medicina Interna). De nuevo citar a los pacientes e intentar cuadrar las agendas con los demás especialistas para que se desplacen a las consulta de oftalmología para realizar la visita conjunta. A veces, los problemas burocráticos, y de organización del servicio y la siempre alta carga asistencial, hace que no encontremos la manera de hacer realidad un proyecto que creo que puede aportar grandes beneficios para los pacientes y para los profesionales que podremos ser altamente resolutivos en estas consultas.

7. OBSERVACIONES.

Me gustaría saber cómo puedo prolongar el proyecto. Estoy bastante implicada en el proyecto y creo que puede ser una gran oportunidad de mejora, pero hay que modificar el planteamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0654

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE UVEITIS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/654 ===== ***

Nº de registro: 0654

Título
CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE UVEITIS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:
PASTOR ESPUIG MARIA, GARZARAN TEIJEIRO ANA, NAVARRO CASADO MARIA NIEVES, GRACIA SANCHEZ PILAR, ALIAS ALEGRE EVA GLORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
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
Las uveítis son un proceso inflamatorio que afecta a la úvea (iris, cuerpo ciliar o coroides). Por extensión se incluyen procesos inflamatorios que afectan a la córnea, esclera, vítreo, nervio óptico y retina. Debido a los diferentes mecanismos implicados en su patogénesis y las variables respuestas de los diferentes tejidos a los mismos, existen un gran número de procesos distintos englobados bajo el término uveítis. Su patogenia reside principalmente en alteraciones localizadas en órganos extraoculares, fundamentalmente relacionados con el sistema inmunitario y se ha comprobado su asociación con enfermedades generales autoinmunitarias/autoinflamatorias.. En ocasiones el ojo es la primera manifestación de una enfermedad sistémica hasta el momento desconocida y con estudios sistémicos negativos. Actualmente las uveítis son remitidas mediante interconsulta al internista y/o reumatólogo para valoración sistémica o para iniciar tratamiento inmunosupresor sistémico. La comunicación es bastante escasa y difícil.

RESULTADOS ESPERADOS
Crear una unidad de Uveítis formada por 1 oftalmólogo, 1 internista y 1 reumatólogo. Las uveítis, como enfermedades oculares que son, han de tener en el oftalmólogo el primer receptor del paciente y el que establezca las guías participativas del resto de integrantes del equipo multidisciplinar, cuya contribución será más decisiva en los casos donde se sospeche una afección sistémica. En las uveítis no infecciosas que precisan de un tratamiento sistémico inmunosupresor será el internista el encargado de prescribir el tipo, dosis y pauta inmunosupresora. Por otra parte el oftalmólogo, mediante exploración del paciente, determinará la eficacia o no del tratamiento instaurado. El internista solicitará los exámenes periódicos necesarios para eliminar y limitar los efectos adversos de la terapia elegida. El internista también será el encargado de instaurar el tratamiento infeccioso, si fuera el caso. El especialista no-oftalmólogo deberá reevaluar periódicamente a los pacientes caracterizados como idiopáticos en busca de un diagnóstico etiológico

MÉTODO
Se creará una agenda conjunta cada 15 días donde se citarán los pacientes diagnosticados de uveítis. Los pacientes se revisarán por el oftalmólogo y junto con el internista y/o reumatólogo se valorará la necesidad de nuevo tratamiento, ajuste de dosis, etc... Las visitas se realizarán en el consulta de retina donde el oftalmólogo tiene todo el equipo técnico para realizar las exploraciones y será el internista y/o reumatólogo quien se desplazará hasta esta consulta.

INDICADORES
Realizar al menos 2 reuniones con el oftalmólogo responsable de la unidad de uveítis y con el internista y/o reumatólogo.
Poner en marcha las citaciones de los pacientes.
La organización logística de la asistencia a los enfermos con uveítis debe tener como núcleo básico la estrecha relación entre el oftalmólogo y el internista/reumatólogo. La atención médica de forma conjunta puede alcanzar notables cotas de eficiencia: se da la deseable complementariedad en el procedimiento del diagnóstico -y a veces terapéutico-, el enriquecimiento científico mutuo es de gran valor y la gestión de los recursos económicos parece muy adecuada. Del equipo multidisciplinar se van a desprender actividades no sólo asistenciales y de investigación, sino también académicas y docentes, en las que participarán todos los componentes del grupo.

DURACIÓN
Diciembre-Enero-Febrero 2017: Realizar las reuniones necesarias con los responsables para definir los días de consulta, los horarios, etc.
Marzo-Abril: Iniciar la citación de pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0654

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE UVEITIS EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Abril-Mayo: iniciar las consultas en la unidad multidisciplinar.

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 - 2016/0665

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON OCLUSION VENOSA RETINIANA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 28/01/2018

2. RESPONSABLE EVA GLORIA ALIAS ALEGRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PASTOR ESPUIG MARIA
NAVARRO CASADO MARIA NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha aplicado la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo en el manejo (clasificación, estudio diagnóstico y tratamiento) del paciente con oclusiones venosas de la retina. Se ha acelerado la llegada del paciente a la sección de retina del servicio de oftalmología de tal forma que al llegar a las consultas y detectar esta patología se comunica directamente a los retinólogos. En el nuevo programa de consultas del año 2016-2017 se han establecido consultas de retina los lunes, martes, miércoles y viernes. Prácticamente el paciente llega a la consulta de retina en el mismo día que se realiza el diagnóstico. Se realiza directamente el estudio con realización de agudeza visual, retinografía, tomografía de coherencia macular y angiografía para detectar posibles complicaciones oftalmológicas.

De esta forma se ha establecido un protocolo para clasificar anatómicamente el tipo de oclusión vascular, las complicaciones existentes y el reconocimiento de los factores de riesgo sistémicos que puede presentar el paciente. Para coordinar este protocolo se llevo a cabo una sesión clínica sobre el mismo dentro de nuestro programa de sesiones clínicas (lunes de 8:00 a 9:30h). En dicha sesión clínica se recalcaron las siguientes necesidades:

-La necesidad de canalizar al paciente inmediatamente a la consulta de retina tras el diagnóstico de oclusión venosa retiniana en la consulta oftalmológica ambulatoria, en urgencias,...

-Realizar una clasificación correcta del tipo de oclusión venosa retiniana y de la existencia de alguna complicación asociada a la misma.

- Llevar a cabo el protocolo diagnóstico en función de la edad de posibles factores de riesgo oftalmológicos y sistémicos. Insistiendo en el glaucoma de ángulo abierto, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hiperviscosidad sanguínea, hiperlipidemia y trombofilia. En función de los resultados derivar al paciente a su médico de familia, al servicio de hematología, medicina interna, ... Alcanzar un manejo multidisciplinar.

-Explicar al paciente las exploraciones necesarias para ello, el tiempo previsto de seguimiento, y, si es necesario, el tratamiento que precisa y el seguimiento del mismo. Evitando fallos en las consultas de seguimiento y en los actos terapéuticos.

-Modificar según necesidad y agilizar la citación del paciente para instaurar el tratamiento en el tiempo más breve posible.

Se ha establecido el protocolo del manejo y tratamiento de las complicaciones. Se ha agilizado el manejo del edema macular intentando iniciar el tratamiento con Lucentis, Eylea o con Ozurdex intravítreos en el menor tiempo posible. Se ha organizado un quirófano de locales los viernes de tal forma que cada viernes se trata a los pacientes que lo necesitan. Se inicia el tratamiento 3-5 días tras el diagnóstico.

Si los pacientes se tratan con Lucentis o Eylea intravítreo, inicialmente reciben una dosis del mismo mensualmente durante 3 meses y se repite la exploración oftalmológica a los 3 meses. Si persiste el edema macular y/o no ha mejorado la visión se insiste en el tratamiento siguiendo un protocolo de tratamiento TREAT and EXTEND.

Si se ha decidido iniciar el tratamiento con Ozurdex intravítreo se cita al paciente a la semana para vigilar que no existan signos de endoftalmitis, a los dos meses para vigilar la presión intraocular y a los cuatro meses. Momento en el cual decidimos si volvemos a retratar. Decisión que depende de la persistencia, reaparición del edema macular y/o agudeza visual del paciente. Nuestra experiencia nos indica que cada 4 meses requieren retratamiento.

Disponemos de tonómetros Perkins que nos permiten controlar la presión intraocular con facilidad.

Se ha dotado al servicio con un sistema láser Pascal de Topcon que nos permite tratar la isquemia retiniana cuando lo precisan (casos de oclusión venosa retiniana isquémica detectada en la angiografía). Sistema láser que implica realizar un tratamiento más completo, con menos dolor para el paciente y en menor tiempo.

De Julio a Septiembre de 2015 se llevo a cabo el protocolo sobre la llegada del paciente a la consulta de retina, estudio oftalmológico y sistémico preciso, y, las medidas terapéuticas necesarias.

De Septiembre de 2015 a Julio 2016 se puso en marcha la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha aplicado la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo en el manejo (clasificación, estudio diagnóstico y tratamiento) del paciente con oclusiones venosas de la retina. Se ha acelerado la llegada del paciente a la sección de retina, en la mayoría de los casos el mismo día que se realiza el diagnóstico es visitado por el retinólogo (excepto que el paciente llegue al servicio durante el fin de semana o los jueves; en este caso en el plazo de 1-3 días es visitado en la consulta de retina). Se ha simplificado el estudio diagnóstico, la detección de complicaciones y su clasificación. Se ha instaurado un protocolo terapéutico de las complicaciones encontradas iniciando el mismo en el menor tiempo posible. Se realiza el tratamiento del edema macular en un quirófano de locales los viernes por la mañana. Permite iniciarlo rápidamente y repetirlo las veces necesarias. Contamos con un nuevo laser Pascal para realizar la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0665

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON OCLUSION VENOSA RETINIANA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

panfotocoagulación retiniana de forma más eficaz y eficiente evitando al paciente tiempo y molestias. Con ello se ha mejorado la práctica clínica en la consulta evitando estudios repetitivos, consultas innecesarias, mejorar la calidad visual del paciente y su calidad de vida. El resultado que hemos conseguido se puede resumir en la mejoría de la visión de los pacientes con oclusión venosa retiniana. El inicio precoz del tratamiento nos ha permitido mejorar la calidad de vida de los pacientes y detectar otras complicaciones como membranas epirretinianas, agujeros maculares por rotura de quistes intrarretinianos, síndromes de tracción vitreomacular (complicaciones que requieren tratamientos específicos diferentes a los comentados) y reducir otras complicaciones como el glaucoma neovascular. El impacto del proyecto se resume en la satisfacción del paciente al observar su mejoría clínica, el índice que más nos ayuda a medirlo es la agudeza visual. Los indicadores que hemos considerado son el nivel de satisfacción de los profesionales, el nivel de satisfacción de los pacientes, el tiempo transcurrido entre el diagnóstico, indicación del tratamiento y su realización, la comprensión por parte del paciente del seguimiento necesario tras el diagnóstico y tratamiento evitando fallos en el mismo y la agilidad en la consulta y el servicio de citas. Estos indicadores nos aportan datos positivos en la realización del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los miembros del equipo de mejora (las tres retinólogas del servicio de Oftalmología del Hospital Obispo Polanco) nos encontramos satisfechas al lograr mejorar nuestra práctica clínica diaria, observando una buena respuesta de los pacientes. La valoración es muy positiva. El mayor propósito ha sido encontrar unas directrices generales que nos permitan clasificar, diagnosticar y tratar a los pacientes con oclusiones venosas retinianas de la forma más precoz posible. En la actualidad nos encontramos con nuevas alternativas terapéuticas que muestran mejores resultados al instaurar el tratamiento de forma precoz. Nuestro ejemplo a seguir son las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo; de tal forma que hemos seguido sus recomendaciones clínicas, diagnósticas y terapéuticas basadas en conocimientos científicos y niveles de evidencia. El aspecto que ha quedado pendiente es intentar conseguir una sala blanca para realizar los tratamientos intravítreos. Actualmente se realizan en quirófano los viernes, si disponemos de una sala blanca podríamos realizarlos todos los días de la semana. Se podría iniciar el mismo día del diagnóstico. Pensamos que el proyecto debe continuar ya que los pacientes una vez diagnosticados e incluidos en el programa de tratamientos intravítreos (ya sea Ozurdex, Lucentis o Eylea) deben seguir dentro del mismo durante 3 ó 4 años como mínimo. El tratamiento con Ozurdex requiere ser repetido cada 4-5 meses y el tratamiento con Lucentis o Eylea cada 4-6 semanas. Este aspecto es el que más valor aporta para continuar con el mismo y él que da mayor sostenibilidad.

7. OBSERVACIONES.

Pensamos que el proyecto debe ser de seguimiento para continuar iniciando el tratamiento de los pacientes diagnosticados de novo lo más precoz posible y para continuarlo en aquellos pacientes que ya han iniciado el mismo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/665 ===== ***

Nº de registro: 0665

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON OCLUSION VENOSA RETINIANA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:
ALIAS ALEGRE EVA GLORIA, PASTOR ESPUIG MARIA, NAVARRO CASADO MARIA NIEVES, DIAZ GIRALDO FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
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.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0665

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON OCLUSION VENOSA RETINIANA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

PROBLEMA

La obstrucción venosa de la retina supone la segunda causa más frecuente de pérdida de visión por problemas vasculares de la retina. Múltiples estudios poblacionales demuestran que por encima de los 30 años de edad, la prevalencia estandarizada por edad y género es de 0.52%. En la actualidad se encuentran diferentes alternativas terapéuticas cuyos objetivos son actuar sobre las complicaciones oftalmológicas que provocan disminución de la agudeza visual; ayudando a mejorar el pronóstico y las expectativas del paciente y del oftalmólogo. Múltiples ensayos clínicos demuestran la necesidad de instaurar la opción terapéutica elegida lo más precoz posible para mejorar el resultado final. Por falta de organización o coordinación entre el servicio de urgencias o médico de familia con el servicio de oftalmología, retraso en la llegada del paciente a la consulta de retina, falta de organización en la consulta, falta de disponibilidad de espacio y tiempo quirúrgico, ..., se observa un retraso en la llegada del paciente al servicio de oftalmología y un retraso en el tratamiento del mismo. Se necesita una mejora en la canalización de los pacientes a la consulta de retina, intentar lograr la aplicación de un protocolo que permita agilizar la elección terapéutica más adecuada para cada caso y conseguir llevarlo a cabo con la mayor seguridad y calidad en el menor tiempo posible. La Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo pretende mejorar el manejo del paciente con oclusión venosa de la retina.

RESULTADOS ESPERADOS

Aplicación de la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo en el manejo (clasificación, estudio diagnóstico y tratamiento) del paciente con oclusiones venosas de la retina. Se pretende acelerar la llegada del paciente a la sección de retina del servicio de oftalmología, simplificar en lo posible el estudio diagnóstico, clasificar y detectar posibles complicaciones e instaurar el tratamiento correcto de las mismas en la menor brevedad posible. Con ello mejorar la práctica clínica en la consulta evitando estudios repetitivos, consultas innecesarias, mejorar la calidad visual del paciente y su calidad de vida.

MÉTODO

- Canalizar al paciente inmediatamente a la consulta de retina tras el diagnóstico de oclusión venosa en la consulta oftalmológica ambulatoria, en urgencias,...
- Realizar una clasificación correcta del tipo de oclusión venosa retiniana y de la existencia de alguna complicación asociada a la misma.
- Estudio protocolarizado en función de la edad de posibles factores de riesgo sistémicos. En función de los resultados derivar al paciente a su médico de familia, al servicio de hematología, medicina interna, ... Alcanzar un manejo multidisciplinar.
- Explicar al paciente las exploraciones necesarias para ello, el tiempo previsto de seguimiento, y, si es necesario, el tratamiento que precisa y el seguimiento del mismo. Evitando fallos en las consultas de seguimiento y en los actos terapéuticos.
- Modificar según necesidad y agilizar la citación del paciente para instaurar el tratamiento en el tiempo más breve posible. Por ejemplo, conseguir una sala blanca para la administración de tratamientos intravítreos (Ozurdex, Lucentis) evitando dilataciones en el mismo por falta de disponibilidad de quirófano para iniciarlo.

INDICADORES

- Nivel de satisfacción de los profesionales.
- Nivel de satisfacción de los pacientes.
- Tiempo entre el diagnóstico, indicación del tratamiento y su realización.
- Compresión por parte del paciente del seguimiento necesario tras el diagnóstico y tratamiento. Fallos en el mismo.
- Agilidad en la consulta y el servicio de citaciones.

DURACIÓN

Julio-Octubre 2016: Protocolarizar la llegada del paciente a la consulta de retina, estudio oftalmológico y sistémico preciso, y, las medidas terapéuticas necesarias. Describir diseñando un plano de manejo del paciente en función del tipo de oclusión venosa (central o de rama, isquémica o no isquémica) y de la posible existencia de complicaciones (edema macular). Octubre 2016-Julio 2017: Puesta en marcha de la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Retina y Vítreo.

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 - 2016/0009

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE ONCOLOGIA MEDICA MEDIANTE LA AUTOCITACION

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE ANA ISABEL FERRER PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERRERO VICENT CARMEN
CIRUJEDA CIRUJEDA ALICIA
CASTELLOTE GARCIA MARIA JESUS
RILOVA FERNANDEZ ISABEL
GODED GARCIA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para iniciar el proceso de autogestión de las citas por parte de Oncología hubo que cambiar las codificaciones de acceso a las agendas. Esto se realizó con el Servicio de Citaciones y el de Informática. Se modificaron las contraseñas de acceso para que desde la rampa de citaciones no se pudiera acceder al sistema y fuera sólo el personal de Oncología el que tuviera clave de acceso para las citas.

Simultáneamente, el Servicio de Informática realizó una sesión formativa a la auxiliar de nuestra consulta para el aprendizaje del manejo del programa informático.

A partir de este momento, desde la rampa de citaciones y a través de los comités de tumores se fue informando a los profesionales sanitarios de que tendrían que remitir a los pacientes a nuestras consultas para citarse. Por cuestiones legales, desde Atención Primaria pueden citar en nuestras agendas. Para intentar controlar en todo momento las agendas, se ha procurado establecer contacto con todos los centros de Salud del Sector. Actualmente hemos conseguido que, previo a citar desde Atención Primaria, se nos contacte telefónicamente para comentar el caso de forma individualizada y de esta forma ajustar la fecha de la cita a lo que precisa el paciente. En los últimos 6 meses no se nos ha citado desde Primaria ningún paciente sin avisar previamente.

Para los pacientes remitidos desde otros especialistas del hospital, se ha consolidado el siguiente circuito. El especialista nos remite al paciente con un p10. La mayor parte de las veces en el momento de solicitar cita, un oncólogo revisa la historia clínica del paciente y se le cita en función de la necesidad clínica. En algunas ocasiones, según la presión asistencial del momento, se le toma nota del teléfono y se le avisa telefónicamente de la cita al final de la mañana.

Respecto a las citaciones de las revisiones, se coordinó con el Servicio de Radiología la siguiente manera de realizar las pruebas complementarias:

-Oncología solicita las pruebas radiológicas (principalmente TAC) con la mayor antelación posible. En el volante de solicitud se hace constar la fecha ideal de realización de la prueba y/o fecha de siguiente revisión.

-Radiología se compromete a respetar lo máximo posible dichas fechas.

-Oncología se compromete a citar a los pacientes para resultado en un tiempo NO superior a 10 días desde la realización de la prueba.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el 2017, ningún paciente ha sufrido demora en la primera visita ni ha habido retrasos para recibir tratamiento QT.

Entre enero y mayo/2017 se realizó encuesta de satisfacción a pacientes que habían acudido a nuestra consulta en la época de citaciones en la rampa y también en esta nueva etapa, para que pudieran comparar entre los dos sistemas.

Los resultados de la encuesta han sido los siguientes:

Pregunta: ¿Está satisfecho con recibir la citación en la misma consulta?

Si: 95%

No: 2%

indiferente: 2%

n/s-N/c: 1%

Pregunta: ¿cómo valora el sistema de autocitación en la consulta?

Mejor que el anterior: 95%

Peor: 1%

Igual: 3%

n/s-Nc: 1%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tal y como se refleja en las gráficas, los pacientes están claramente satisfechos con este sistema. Por lo que lo hemos incluido en nuestra práctica del día a día.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/9 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0009

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE ONCOLOGIA MEDICA MEDIANTE LA AUTOCITACION

Nº de registro: 0009

Título
MEJORA EN LA GESTION DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE ONCOLOGIA MEDICA MEDIANTE LA AUTOCITACION

Autores:
FERRER PEREZ ANA ISABEL, HERRERO VICENT CARMEN, CIRUJEDA CIRUJEDA ALICIA, CASTELLOTE GARCIA MARIA JESUS, RILOVA FERNANDEZ ISABEL, GODED GARCIA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....: Mejoría en la autogestión. Satisfacción del paciente

PROBLEMA

La actividad desarrollada en Consultas Externas de Oncología y Hospital de día se incrementa de forma progresiva cada año. Cada vez se consumen más recursos y se atienden a casos más complejos de forma ambulatoria. En un entorno marcado por la creciente ambulatorización de procesos, las consultas externas cobran una relevancia cada vez mayor. Necesitamos mejorar el funcionamiento de las consultas externas. En los pacientes oncológicos es fundamental que no haya retrasos en el inicio del tratamiento, por lo que no es tolerable la demora en la asistencia. Por otra parte, también son importantes los tiempos de espera entre unos tratamientos oncológicos y otros. Por ello, es muy importante valorar individualmente las necesidades de atención de cada paciente. Esta valoración tiene que ser desde el punto de vista clínico. Pensamos que el sistema de citaciones actual que cita a los pacientes según criterios administrativos es claramente mejorable. Para adecuar la fecha de la primera visita a oncología médica hay que tener cuenta diferentes factores clínicos.:
-diagnóstico y estadiaje del tumor
-que existan opciones de tratamiento activo
-presencia de síntomas
-fecha de intervención quirúrgica y/o alta de hospitalización.

Por las características poblacionales de nuestro sector sanitario (población añosa y núcleos de población dispersa) pensamos que también es importante tener en cuenta
-edad y situación funcional del paciente
-distancia al centro hospitalario.

Desde nuestras consultas hemos empezado a autogestionar las citaciones. Tras un diagnóstico oncológico, el especialista nos deriva al paciente. El oncólogo médico realiza una revisión de la historia clínica electrónica y datos demográficos del paciente y propone la fecha óptima de visita para ese paciente. Posteriormente la auxiliar de enfermería de la consulta lo cita en la agenda.

Para las sucesivas visitas, al finalizar la consulta el paciente es citado directamente según la indicación médica. Esto evita esperas en la rampa de citaciones y otras molestias al paciente. Si se solicitan pruebas complementarias, es el equipo de enfermería el que colabora en las citaciones para que no haya demora en las pruebas.

Pensamos que de esta forma facilitamos un rápido y más eficiente acceso a nuestras consultas y tratamientos, disminuyendo las listas de espera y evitando duplicidades en la consulta.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la gestión de las agendas de oncología médica:
-Evitar lista de espera en las primeras visitas de oncología médica.
-Adecuar las citaciones a las necesidades clínicas individuales de los pacientes
-Evitar esperas y otras molestias para los pacientes en la rampa de citaciones.
-Fomentamos la comunicación con atención primaria, ya que aconsejamos nos contacten telefónicamente para valoración de la historia clínica del paciente previa citación.
-Evitar duplicidad de citas
-Disminuir el índice primeras/sucesivas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0009

1. TÍTULO

MEJORA EN LA GESTION DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE ONCOLOGIA MEDICA MEDIANTE LA AUTOCITACION

-Mejorar la canalización de los pacientes a otras Unidades.

MÉTODO

1º Tras cada reunión de los comités de tumores, los pacientes que se hayan planteado remitir a las consultas de oncología médica, se les citará en la fecha óptima que precisen, sin necesidad de que el paciente u otro especialista lo derive por escrito.

2º Se promoverá en los centros de Salud la conveniencia de contactar con nuestro Servicio antes de realizar una citación.

3º Se hará constar por escrito en la solicitud de las pruebas complementarias la fecha de la próxima visita a Oncología para facilitar a su vez, la realización de dichas pruebas en un plazo adecuado.

INDICADORES

- a) lista de espera en consultas externas de Oncología Médica
- b) encuesta de satisfacción de los pacientes

DURACIÓN

Desde Octubre/16 el oncólogo responsable de cada comité de tumores se encargará de la citación de primera visita.

Desde enero/2017 hasta mayo/2017 se realizará la encuesta de satisfacción a los pacientes que acudan a revisión.

En junio/2017 se realizará la evaluación de la encuesta. Si en esta encuesta se supera el 70% de pacientes satisfechos con este método, se continuará con el sistema de autogestión de las citas.

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 - 2016/1731

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON RADIOFRECUENCIA DE CORNETES INFERIORES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL REFRACTARIO AL TRATAMIENTO MEDICO

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE GIOVANNY PATRICIO HEREDIA LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAHOZ ZAMARRO MARIA TERESA
SANCHEZ VALENZUELA OSCAR ALEJANDRO
BETANCES REINOSO FRANK ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizo un estudio cuasiexperimental donde se incluyeron de manera no aleatoria todos los pacientes mayores de 18 años diagnosticados de Insuficiencia respiratoria nasal secundaria hipertrofia de cornetes sin respuesta a tratamiento medico incluidos en la lista de espera quirúrgica para radiofrecuencia de cornetes en consultas externas de ORL del Hospital General de Teruel entre octubre 2017 a diciembre 2017.

Los criterios de exclusión fueron la presencia de alguna otra patología que indirectamente cause un síndrome obstructivo nasal, como puede ser poliposis nasosinusal, tumores de la mucosa nasal, rinosinusitis, perforación septal, hipertrofia adenoamigdalas. Por otro lado también se excluyeron pacientes con antecedente de septoplastia o turbinoplastia previa.

El estudio cumplió con todos los requisitos del comité de ética del hospital General de Teruel, todos los pacientes firmaron un consentimiento permitiendo su inclusión dentro del estudio.

Para medir el grado de sintomatología utilizamos dos herramientas ampliamente validadas y utilizadas en la practica clinica, la escala de Evaluación de la Sintomatología de Obstrucción Nasal (NOSE) y una escala visual analógica que valoraba de manera independiente cada fosa nasal, ambas escalas fueron rellenas por los pacientes antes de la intervención y durante la primera revisión luego del procedimiento.

Procedimiento quirúrgico :

El procedimiento se realizo bajo anestesia general, inicialmente ambos fosas nasales fueron taponadas con lentinas empapadas de anestésico con vasoconstrictor, luego ambos cornetes fueron infiltrados con 3 ml de lidocaina al 1 %

La energía de radiofrecuencia fue suministrada por un generador (Quantum Molecular Resonance Generator; Telea Electronic Engineering, Italia) usando una pieza de mano para turbinoplastia que comprende un electrodo bipolar de aguja larga con una parte activa y aislada. La porción activa del electrodo se insertó en el plano de la submucosa, y la energía se administró en tres sitios diferentes de cada cornete (los tercios anterior, medio y posterior de cada cornete). La energía entregada por inserción fue de 400 J.

Luego del procedimiento a todos los pacientes se le coloco un taponamiento anterior con merocel de 8 cm.

El análisis estadístico se realizo con el programa JASP (Version 0.8.5.1) desarrollado por la Universidad de Amsterdam, Holanda.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En total 7 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión parases reclutados en nuestro estudios, en cuanto al sexo el 57.1 % correspondió al femenino y el 42.9 % al masculino, con un rango de 29 a 58 años con una media de 42 años y una desviación estándar de 14 años. Se realizo un análisis individual de cada fosa previo y luego de la cirugía mediante una escala visual analógica, en total analizamos 14 fosas nasales antes y después de la cirugía. Los valores medios previo a la cirugía fueron de 8 puntos y luego de la cirugía de 2 puntos.

La Escala NOSE previa a la cirugía tuvo una media de 15 puntos y en la visita control la media fue de 7 puntos, realizamos un T de student para datos apareados con un resultado mayor de 7 con una P < 00.1, demostrando que los datos son estadísticamente significativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La radiofrecuencia en nuestro centro hospitalario ha demostrado ser una técnica segura y eficiente para el control de la rinitis hipertrofica incluso en pacientes con alteraciones anatómicas que comprometían la integridad de la fosa nasal.

A pesar de nuestras limitaciones (una muestra pequeña y la ausencia de un grupo control), consideramos que la radiofrecuencia es una técnica segura y eficaz para el tratamiento de la hipertrofia de cornetes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1731

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON RADIOFRECUENCIA DE CORNETES INFERIORES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL REFRACTARIO AL TRATAMIENTO MEDICO

inferiores.

Es necesario realizar mas estudios sobre todo con seguimiento a la largo plazo para poder valorar si los resultados se mantienen a través del tiempo.

7. OBSERVACIONES.

Es necesario realizar un estudio comparando los resultados de los test subjetivos utilizados con una prueba objetiva como es la rinomanometria.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1731 ===== ***

Nº de registro: 1731

Título
ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON RADIOFRECUENCIA DE CORNETES INFERIORES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL REFRACTARIO AL TRATAMIENTO MEDICO

Autores:
LAHOZ ZAMARRO MARIA TERESA, HEREDIA LOPEZ GIOVANNY-PATRICIO, SANCHEZ VALENZUELA OSCAR-ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La insuficiencia respiratoria nasal es un problema muy frecuente en salud pública que limita la calidad de vida de muchos pacientes, esta puede ser debida a problemas obstructivos de tipo mecánico o funcional, tales como el tabique desviado, pólipos nasales o la hipertrofia de cornetes inferiores.
La hipertrofia de cornetes inferiores es una de las causas más comunes, para la cual el tratamiento inicial es la administración de corticoides tópicos y antihistaminicos, con mejoría sintomática en muchos pacientes; sin embargo existe un grupo de pacientes que no responden al tratamiento médico y que requieren un manejo quirúrgico.
Dentro de las técnicas quirúrgicas existen: la radiofrecuencia de cornetes inferiores bajo anestesia local o con sedación/ a. general, turbinectomía parcial o submucosa endoscópica, neurectomía del nervio vidiano.
El coste-beneficio que ha demostrado la radiofrecuencia a corto-mediano plazo es hoy en día una de las técnicas más utilizada, por la facilidad y rapidez con el que se realiza el procedimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
El presente estudio considera la utilidad de realizar una prueba subjetiva para medir y comparar los resultados pre y postquirúrgicos en pacientes sometidos a cirugía de radiofrecuencia por hipertrofia de cornetes refractario al tratamiento médico de elección.

MÉTODO
Se aplicara un cuestionario que mide la calidad de vida asociada a la insuficiencia respiratoria nasal (NOSE) en todos la pacientes que sean incluidos en lista de espera para radiofrecuencia de cornetes inferiores; y se repetirá el cuestionario después del procedimiento. Y se comparará los resultados en el tratamiento propuesto a corto y mediano plazo

INDICADORES
Se obtendrá una base de datos de cada uno de los pacientes para estudios posteriores en los que se espera medir la respuesta terapéutica con una prueba objetiva como es una rinomanometria antes y después de la cirugía, para comprobar de manera objetiva la mejoría de la patología.
1.- % de pacientes que recibieron radiofrecuencia con una mejoría en la escala NOSE
2.- % de pacientes que recibieron radiofrecuencia con una mejoría >50% en escala NOSE
3.- % de pacientes que recibieron tratamiento con corticoides con mejoría en escala NOSE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1731

1. TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON RADIOFRECUENCIA DE CORNETES INFERIORES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL REFRACTARIO AL TRATAMIENTO MEDICO

4.- % de pacientes que recibieron tratamiento con corticoides con una mejoría > 50% en escala NOSE.

DURACIÓN

Desde Octubre de 2017 a octubre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0531

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE SILVIA BENITO COSTEY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN RUIZ NURIA
ALIJARDE LORENTE ROBERTO
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL
SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ
MUÑOZ ALBILLOS MARIA SOL
MARTIN CALAMA VALERO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde enero de 2017 se ha introducido un algoritmo de actuación en recién nacidos con riesgo de infección perinatal en el Hospital Obispo Polanco de Teruel, con el objetivo de disminuir el número de recién nacidos a los que se realiza extracciones analíticas, sin aumentar el riesgo de infecciones perinatales no diagnosticadas precozmente, para así mejorar la calidad de la practica clínica en los recién nacidos con riesgo de infección perinatal.

Dicho algoritmo detallado es el siguiente:

- Recién nacido sintomático. Con independencia de la colonización materna por estreptococos del grupo B (EGB) y de la administración de antibioterapia intraparto:
 - Ingreso del recién nacido
 - Evaluación diagnóstica completa al nacimiento: hemograma, proteína C reactiva (PCR), hemocultivo, punción lumbar y radiografía de tórax (si clínica respiratoria),
 - Tratamiento antibiótico empírico.

- Recién nacido asintomático y madre con sospecha de corioamnionitis. Con independencia de la colonización materna por EGB y de la administración de antibioterapia intraparto:
 - Ingreso del recién nacido
 - Evaluación diagnóstica parcial al nacimiento: hemograma, PCR, hemocultivo.
 - Valorar tratamiento antibiótico empírico.

- Recién nacido asintomático e indicación de profilaxis antibiótica materna:
 - Madre correctamente tratada y cualquier edad gestacional:
 - Vigilancia clínica durante 48 horas.

 - Madre no tratada o incorrectamente tratada:
 - Recién nacido = 37 semanas de gestación y < 18 horas de bolsa rota:
 - Vigilancia clínica durante 48 horas.

- Recién nacido < 37 semanas de gestación y/o = 18 horas de bolsa rota:
 - Evaluación diagnóstica parcial a las 12 horas de vida: hemograma, PCR y hemocultivo
 - Vigilancia clínica durante 48 horas.

- Recién nacido asintomático y ausencia de indicación de profilaxis antibiótica materna.
 - Cuidados de rutina habituales en el recién nacido.

Para seguir de forma adecuada este algoritmo debemos conocer ciertos aspectos relacionados con la indicación de profilaxis materna, el fármaco de elección para la profilaxis, la sintomatología sugestiva de infección en un recién nacido y el tratamiento antibiótico empírico y la duración del mismo.

Indicaciones de profilaxis antibiótica materna intraparto:

- Hijo previo con enfermedad invasiva por estreptococos del grupo B (EGB), con independencia de la colonización actual.
- Bacteriuria por EGB en el embarazo en curso, con independencia del tratamiento realizado y de la colonización actual.
- Cultivo positivo para EGB durante el embarazo en curso, excepto en caso de cesárea programada sin trabajo de parto y con membranas íntegras.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0531

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA

- Cultivo para EGB desconocido y cualquiera de los siguientes factores de riesgo:
 - Parto pretermino: < 37.
 - HBR = 18 horas.
 - Fiebre intraparto = 38°C.

Profilaxis antibiótica materna intraparto:

Profilaxis de elección:

- Penicilina G intravenosa, dosis inicial de 5 millones U y dosis posteriores de 2.5 - 3 millones U cada 4 horas hasta la finalización del parto.

Profilaxis alternativa:

- Ampicilina intravenosa, dosis inicial de 2g y dosis posteriores de 1g cada 4 horas hasta la finalización del parto.

Si existe alergia a betalactámicos:

- Si no existe riesgo de anafilaxia se puede administrar cefazolina, dosis inicial de 2 g y dosis posteriores de 1g cada 8 horas hasta la finalización del parto.
- Si existe elevado riesgo de anafilaxia se puede valorar clindamicina 900 mg cada 8 horas ó vancomicina, 1 g cada 12 horas. Su administración no se considera tratamiento completo intraparto.

Se considera que la profilaxis ha sido incompleta:

- Si la madre ha recibido una sola dosis de antibiótico menos de 4 horas antes del parto.
- Si la madre ha recibido varias dosis pero la última más de 4 horas antes del parto.
- Tratamiento antibiotico con vancomicina, clindamicina o eritromicina.

Sintomatología sugestiva de infección en el recién nacido:

- Respiratoria: taquipnea, tiraje, quejido, apneas...
- Hemodinámica: cianosis, palidez, hipotensión, taquicardia, bradicardia, mala perfusión periférica...
- Gastrointestinal: rechazo tomas, vómitos, distensión abdominal, hepatomegalia,
- Disregulación de temperatura: hipotermia, hipertermia.
- Hematológica: ictericia, petequias, equimosis...
- Neurológica: hipotonía, irritabilidad, letargia, convulsiones...

Tratamiento antibiótico:

Como tratamiento antibiótico empírico se utiliza la combinación de ampicilina y un aminoglucósido (gentamicina) que tiene actividad sinérgica contra los gérmenes más frecuentemente implicados las infecciones perinatales (EGB, Listeria monocytogenes, Escherichia coli, enterococcus faecalis...). Si se sospecha meningitis se iniciará tratamiento de forma empírica con ampicilina y cefotaxima. Una vez se obtiene el resultado del hemocultivo el tratamiento antibiótico se orienta de forma específica al microorganismo causante de la infección y el antibiograma.

La duración del tratamiento antibiótico no debe ser inferior a 10 días en una sepsis por grampositivos y de 14 días para infección por gramnegativos o listeria. La duración en meningitis por EGB no complicadas o listeria debe ser de 14 días y para meningitis por gramnegativos de 3 semanas. Al considerar la duración de la terapia en un recién nacido con hemocultivo negativo, la decisión debe incluir la evolución clínica y los factores de riesgo, teniendo en cuenta que el rendimiento del hemocultivo es lo suficientemente limitado como para determinar la finalización de antibioterapia en un paciente con criterios clínicos o analíticos de infección probable. La terapia antimicrobiana debe interrumpirse a las 48 horas en situaciones clínicas en las que la probabilidad de sepsis es baja.

Diagnóstico definitivo:

El diagnóstico definitivo al que se puede llegar en un recién nacido con factores de riesgo de infección perinatal es uno de los siguientes:

- Ausencia de infección. Si existe ausencia de sintomatología y analítica no compatible con infección.
- Infección probable. Si existe sintomatología sugestiva de infección ó alteración analítica compatible.
- Infección cierta. Si existencia infección probable y hemocultivo positivo.

A lo largo del año 2017 se ha realizado un registro de los recién nacidos en el Hospital Obispo Polanco a los que se realiza extracción de PCR en un periodo de tiempo desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017, incluyendo las variables: edad gestacional, sexo, peso al nacimiento, tipo de parto, test de Apgar, sintomatología, factores de riesgo de infección, indicación de profilaxis antibiótica intraparto y tratamiento materno. Se recoge el motivo por el que se decide la extracción analítica, el resultado de la misma, otras pruebas diagnósticas, el tratamiento con antibióticos y el diagnóstico definitivo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0531

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA

Siguiendo el algoritmo descrito en el apartado anterior en el año 2017 se ha realizado extracción de analítica de sangre por riesgo infeccioso a 52 recién nacidos en el Hospital Obispo Polanco, que supone el 11% del total de recién nacidos vivos en 2017 teniendo en cuenta el número de recién nacidos vivos en 2017 que fue de 468. En el año previo a la aplicación del algoritmo se realizó extracción de analítica por riesgo infeccioso a un 20% de los recién nacidos (415 recién nacidos vivos y 83 recién nacidos sometidos a extracción analítica por riesgo infeccioso), por lo que la instauración del presente algoritmo de actuación en recién nacidos con riesgo de infección perinatal en el Hospital Obispo Polanco de Teruel ha supuesto una disminución a casi la mitad del número de recién nacidos a los que se realiza extracción analítica por riesgo infeccioso. Esta disminución en las extracciones analíticas no ha supuesto un problema o retraso en el diagnóstico de infección perinatal en recién nacidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se puede concluir que la adecuación del número de extracciones analíticas a los recién nacidos con riesgo de infección perinatal en el Hospital Obispo Polanco ha mejorado la calidad en el manejo de los mismos debido a una disminución en la frecuencia de venopunciones eliminando el dolor que experimenta un recién nacido con la extracción analítica y la dificultad que entraña la técnica en sí misma.

Se reserva, de esta forma, la extracción analítica para los casos con factores de riesgo de infección perinatal estandarizados sin que este cambio de algoritmo haya supuesto una problemática en el diagnóstico adecuado de sepsis vertical ni un aumento de las complicaciones derivadas de la misma.

Se recomienda por tanto, el cambio de protocolo de actuación en recién nacidos con riesgo de infección perinatal en el Hospital Obispo Polanco de Teruel, siguiendo el algoritmo descrito en el apartado previo, ya que ha supuesto una mejora en la calidad asistencial a los recién nacidos con factores de riesgo de infección en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/531 ===== ***

Nº de registro: 0531

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA

Autores:
BENITO COSTEY SILVIA, MARTIN RUIZ NURIA, GRACIA TORRALBA LORENA, CASTAÑO VICENTE-GELLA CAROLINA, ALIJARDE LORENTE ROBERTO, MARTIN CALAMA VALERO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El diagnóstico precoz de sepsis neonatal es un reto permanente de la pediatría. A la gran variabilidad y mínima especificidad de la sintomatología clínica se le añade la carencia de pruebas diagnósticas óptimas que puedan influir en la decisión de iniciar o no tratamiento antibiótico ante una sospecha de infección.

Ante la dificultad del diagnóstico temprano y la gravedad que supone una sepsis neonatal, es habitual la instauración empírica de antibioterapia, que conduce a menudo a tratamiento de neonatos sin infección, lo que alarga la estancia hospitalaria, incrementa el consumo de recursos y favorece las resistencias microbianas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0531

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA

Como consecuencia del uso de antibióticos intraparto, la incidencia de sepsis por estreptococos del grupo B (EGB) ha disminuido. La colonización materna intraparto por EGB es el principal factor de riesgo, pero existe una serie de factores obstétricos que lo aumentan: prematuridad (< 37 semanas), rotura prolongada de membranas = 18 horas, fiebre intraparto, corioamnionitis, bacteriuria por EGB durante el embarazo o hijo previo infectado por EGB. Sin embargo en más de la mitad de las infecciones neonatales por EGB no hay factores de riesgo.

En el servicio de Pediatría del Hospital Obispo Polanco se realiza extracción analítica para PCR en aproximadamente un 20% de los recién nacidos ingresados en el servicio de maternidad. Los resultados obtenidos de PCR se encuentran dentro de la normalidad en aproximadamente la mitad de las ocasiones, por lo que no se lleva a cabo ninguna prueba diagnóstica adicional ni medida terapéutica. Aproximadamente en un 6% de los recién nacidos existe una elevación de PCR importante o sintomatología asociada que supone el inicio inmediato de antibioterapia intravenosa ante la posibilidad de que se trate de una sepsis. En el resto de los casos, la PCR se encuentra en límites de la normalidad, por lo que se realizan extracciones de PCR seriadas para comprobar la evolución de la misma, descendiendo la misma en aproximadamente un 40%.

Se pretende llevar a cabo un proyecto de calidad con el objetivo de adecuar nuestra práctica clínica a las nuevas recomendaciones de actuación en caso de recién nacidos con factores de riesgo de infección perinatal e intentar reducir, si es posible, teniendo en cuenta nuestra experiencia junto con la bibliografía, el número de extracciones analíticas realizadas en nuestro medio.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es realizar un estudio observacional de recién nacidos en el Hospital Obispo Polanco a los que se realiza extracción de PCR por riesgo de infección perinatal, mediante recogida de datos clínicos y analíticos en un periodo de tiempo determinado.

Se incluyen variables como edad gestacional, sexo, peso al nacimiento, tipo de parto, test de Apgar, sintomatología, factores de riesgo de infección, indicación de profilaxis antibiótica intraparto y tratamiento materno.

Se pretende que los resultados obtenidos sirvan para elaborar un protocolo de actuación individualizado para mejorar la práctica clínica y adecuar el número de analíticas en recién nacidos.

MÉTODO

Realizar un registro de recién nacidos del Hospital Obispo Polanco a los que se realiza extracción de PCR en un periodo de tiempo, incluyendo las variables descritas. Se recogerá también el motivo por el que se decide la extracción analítica, el resultado de la misma, otras pruebas diagnósticas, el tratamiento con antibióticos y el diagnóstico final.

Los responsables de realizar el registro explicado previamente serán los miembros del Servicio de Pediatría del Hospital Obispo Polanco designados para ello.

INDICADORES

Registrar de forma continuada los datos de los recién nacidos a los que se realiza extracción de PCR por riesgo de infección perinatal. Dejar reflejados con precisión los factores de riesgo de infección perinatal: Colonización materna por EGB, corioamnionitis, fiebre materna intraparto mayor o igual a 38°C, rotura prolongada de membranas = 18 horas, prematuridad (<37 semanas), bacteriuria por EGB durante el embarazo, hijo previo con sepsis por EGB; y el uso de antibióticos intraparto. Registrar de forma adecuada la sintomatología y las constantes vitales de dichos recién nacidos.

Una vez elaborado el protocolo de actuación en recién nacidos con riesgo de infección perinatal en el servicio de maternidad del Hospital Obispo Polanco de Teruel se realizará un nuevo estudio observacional, con las mismas características que el previo, para monitorizar las mejoras en la práctica clínica y el descenso de extracciones analíticas y del empleo de antibióticos en recién nacidos.

DURACIÓN

El proyecto se iniciará cuando se notifique la aceptación del mismo.

Se extraerán los datos de los recién nacidos ingresados en el Hospital Obispo Polanco a los que se les ha realizado análisis de PCR en un periodo de tiempo.

Una vez extraídos los datos clínicos y analíticos se elaborará un protocolo de actuación en recién nacidos con riesgo de infección perinatal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0531

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE INFECCION PERINATAL EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, BASANDONOS EN RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFICAS ACTUALES Y EN LA EXPERIENCIA PREVIA

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 - 2016/0980

1. TÍTULO

REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION DE HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE NURIA MARTIN RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENITO COSTEY SILVIA
MARTIN-CALAMA VALERO JESUS
HERRERO SANZ CRISTINA
TREGON MARTIN PILAR
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL
ALIJARDE LORENTE ROBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas por orden cronológico son las siguientes:

- Se realizó una exposición del proyecto en la reunión de la Comisión de Perinatología del Hospital Obispo Polanco, que aceptó por unanimidad dicho proyecto de mejora.
- Se solicitó aprobación del CEICA (comité Ético de Investigación Clínica de Aragón) para realización del mismo.
- Se redactó una hoja informativa para los padres y para los profesionales (matronas, enfermeras) colaboradores.
- Se realizó presentación audiovisual informativa a padres, que se expone en la consulta de prenatal, realizada por los pediatras del servicio.
- Se han recogido los datos de los pacientes, previa información y firma de consentimiento informado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha recogido más de 100 pacientes voluntarios para la recogida de la información requerida. Falta una mínima cantidad de pacientes para finalizar la fase de recogida de datos. Los datos provisionales tras alcanzar más del 50% de los pacientes necesarios para el estudio, parece demostrarse que se podrá restringir las determinaciones de glucemia en el recién nacido a término que se realizaban en años previos (no así en el recién nacido prematuro tardío). Se ha redactado un protocolo provisional en el que se acota la indicación de screening de hipoglucemia, y se dan recomendaciones de prevención de la misma (piel con piel, succión no nutritiva) que estará disponible para los profesionales implicados en la asistencia de los recién nacidos en las primeras horas como para las familias (con lenguaje adaptado).

Los datos preliminares han sido compartidos en comisión de perinatal, que regula las actividades conjuntas pediatras y obstétricas, quedando a la espera de los datos definitivos (que se podrán obtener en el segundo semestre de 2018)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La aceptación del proyecto ha sido unánime, en aras de mejorar la asistencia neonatal y humanizar la estancia hospitalaria de madres y recién nacidos. Los resultados son prometedores en aras de protocolizar la asistencia neonatal precoz y minimizar la variabilidad de la práctica clínica. A finales de 2018 se iniciará la puesta en marcha del nuevo protocolo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/980 ===== ***

Nº de registro: 0980

Título
REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:
MARTIN RUIZ NURIA, MARTIN-CALAMA VALERO JESUS, BENITO COSTEY SILVIA, GRACIA TORRALBA LORENA, HERRERO SANZ MARIA CRISTINA, ESTEBAN CASTELLO MARIA TERESA, COTE SAEZ BEGOÑA, DOMINGO CASINO MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0980

1. TÍTULO

REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION DE HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Tipo Patología : Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica . : Ninguna de ellas

Tipo de Objetivos . :

Otro tipo Objetivos:

Enfoque : Prevención/Detección precoz

Otro Enfoque : Mejora de la atención neonatal.

PROBLEMA

La incidencia de hipoglucemia en el periodo neonatal es mayor que a otras edades pediátricas, especialmente en los recién nacidos prematuros o pequeños para edad gestacional.

No todos los autores están de acuerdo en los niveles de seguridad de la glucemia para conseguir que no haya repercusiones a nivel cerebral, hay autores que consideran que para todos los grupos de edad el límite inferior aceptable es de 45 mg/dl (2,6 mmol/L), aunque estudios más recientes disminuyen los niveles de glucemia a niveles inferiores.

Un hecho conocido es que la repercusión clínica de la hipoglucemia va a depender de la edad gestacional, de la edad cronológica y de otros factores de riesgo asociado. Respecto a estos últimos, es la diabetes gestacional, la prematuridad y el bajo peso para la edad gestacional las causas donde existe más unanimidad en la monitorización de niveles de glucemia, pero se describen otros eventos de riesgo de hipoglucemia (como el estrés fetal durante el parto, ausencia de control gestacional, entre otras) en las que el manejo es más variable según unidades neonatales.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es encontrar, si existen diferencias en los valores de glucemia capilar entre los recién nacidos normales y los considerados de riesgo, los pacientes que se benefician del despistaje rutinario de niveles de glucosa, en aras de evitar maniobras innecesarias en estos recién nacidos. Porcentaje de recién nacidos que precisan de suplementación con leche artificial.

MÉTODO

- Realizar screening de glucemias capilares tras obtener el consentimiento informado de los padres (entregado en la consulta de prenatal semanas antes).
- Realizar estudio estadístico de los resultados para observar diferencias significativas entre el grupo de RN normales y de riesgo.
- Enfocar los cuidados primando el bienestar del RN y velar por sus derechos.
- Interferir lo menos posible en la adaptación a la vida extrauterina facilitando la aparición del vínculo madre-hijo.
- No separar al RN de su madre.
- Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna.
- Aconsejar a los padres sobre los cuidados del RN y la vigilancia de los signos de alarma.
- Crear un protocolo de actuación ante hipoglucemia neonatal precoz.

INDICADORES

- Variables recogidas: edad paterna y materna, patología gestacional, resultado de cultivo vagino-rectal y serologías maternas, tipo de parto y horas de amniorrexis y de parto. Semanas de edad gestacional, peso, longitud, perímetro cefálico y torácico, resultado del test de Apgar, temperatura ótica en paritorio, minutos transcurridos hasta que el recién nacido es colocado piel con piel e inicio de succión. Nivel de glucosa capilar a las 2, 4 y 8 horas. Presencia o no de síntomas asociados a la hipoglucemia y descripción de los mismos. Actuación realizada ante la hipoglucemia y tiempo hasta la normalización de la misma.
- Creación e implantación del protocolo de despistaje de hipoglucemia neonatal precoz y actuación ante la misma.

DURACIÓN

Se iniciará el estudio tras la obtención la aprobación por parte del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón y se recogerán datos durante un periodo de tiempo de unos 6 meses, necesarios para obtener resultados estadísticamente significativos.

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 - 2016/0980

1. TÍTULO

REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION DE HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE NURIA MARTIN RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN CALAMA VALERO JESUS
HERRERO SANZ CRISTINA
ESTEBAN CASTELLO MARIA TERESA
COTE SAEZ BEGOÑA
REUS ANTON CARMEN
FERNANDEZ VILLADO DOLORES
BENITO COSTEY SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Realización de proyecto de investigación y aprobación del mismo por el Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón.
- Entrega de consentimientos informados en la consulta Prenatal.
- Realización de screening en pacientes a término y prematuros tardíos cuyos representantes legales dieron su consentimiento (207 pacientes); se interfirió lo menos posible en la adaptación extrauterina de los recién nacidos, realizando dichas determinaciones junto a su madre/padre y con medidas antiálgicas (succión al pecho).
- Realización de estudio estadístico, valorando los factores de mayor riesgo de hipoglucemia y valorando el grupo de recién nacidos más vulnerable a hipoglucemias.
- Realización de protocolo unificado de despistaje de hipoglucemia del recién nacido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se observó que la mayoría de los pacientes estudiados presentan una curva de glucemia descendente en las primeras 4 horas de vida, que se recupera en las siguientes 4-8 horas de vida.
- Más del 80% de recién nacidos a término que presentaron hipoglucemia, fue leve (> 32 mg/dl), asintomática y no precisó de fluidoterapia ni ingreso hospitalario para su recuperación.
- La succión al pecho y permanecer "piel con piel" con sus padres son factores protectores.
- El despistaje de rutina que se realizaba en los neonatos nacidos por cesárea electiva mostró que no presentan hipoglucemia significativamente más frecuente que los nacidos por parto eutócico.
- Los recién nacidos con patología aguda (distrés, sepsis, etc.), los nacidos con signos intraparto de RPPF y los prematuros tardíos son los más susceptibles de hipoglucemia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La hipoglucemia neonatal es frecuente, pero generalmente leve y transitoria.
- La succión al pecho frecuente y permanecer "piel con piel" son factores protectores, por lo que se recomienda activamente en todos los nacimientos por parto eutócico o por cesárea.
- Se ha realizado nuevo protocolo de actuación, que minimiza la variabilidad en la práctica clínica y mejora la calidad asistencial.
- Se han minimizado los costes asistenciales, al reducir la población diana del screening de hipoglucemia.
- Se ha realizado un proyecto en el que han colaborado matronas, enfermeras, TCAE, pediatras y obstetras, potenciando la comunicación entre los profesionales y abriendo nuevas posibilidades de colaboración en nuevos proyectos de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/980 ===== ***

Nº de registro: 0980

Título
REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:
MARTIN RUIZ NURIA, MARTIN-CALAMA VALERO JESUS, BENITO COSTEY SILVIA, GRACIA TORRALBA LORENA, HERRERO SANZ MARIA CRISTINA, ESTEBAN CASTELLO MARIA TERESA, COTE SAEZ BEGOÑA, DOMINGO CASINO MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0980

1. TÍTULO

REALIZACION DE NUEVO PROTOCOLO DE DETECCION DE HIPOGLUCEMIA NEONATAL PRECOZ EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....: Mejora de la atención neonatal.

PROBLEMA
La incidencia de hipoglucemia en el periodo neonatal es mayor que a otras edades pediátricas, especialmente en los recién nacidos prematuros o pequeños para edad gestacional.
No todos los autores están de acuerdo en los niveles de seguridad de la glucemia para conseguir que no haya repercusiones a nivel cerebral, hay autores que consideran que para todos los grupos de edad el límite inferior aceptable es de 45 mg/dl (2,6 mmol/L), aunque estudios más recientes disminuyen los niveles de glucemia a niveles inferiores.
Un hecho conocido es que la repercusión clínica de la hipoglucemia va a depender de la edad gestacional, de la edad cronológica y de otros factores de riesgo asociado. Respecto a estos últimos, es la diabetes gestacional, la prematuridad y el bajo peso para la edad gestacional las causas donde existe más unanimidad en la monitorización de niveles de glucemia, pero se describen otros eventos de riesgo de hipoglucemia (como el estrés fetal durante el parto, ausencia de control gestacional, entre otras) en las que el manejo es más variable según unidades neonatales.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es encontrar, si existen diferencias en los valores de glucemia capilar entre los recién nacidos normales y los considerados de riesgo, los pacientes que se benefician del despistaje rutinario de niveles de glucosa, en aras de evitar maniobras innecesarias en estos recién nacidos. Porcentaje de recién nacidos que precisan de suplementación con leche artificial.

MÉTODO

- Realizar screening de glucemias capilares tras obtener el consentimiento informado de los padres (entregado en la consulta de prenatal semanas antes).
- Realizar estudio estadístico de los resultados para observar diferencias significativas entre el grupo de RN normales y de riesgo.
- Enfocar los cuidados primando el bienestar del RN y velar por sus derechos.
- Interferir lo menos posible en la adaptación a la vida extrauterina facilitando la aparición del vínculo madre-hijo.
- No separar al RN de su madre.
- Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna.
- Aconsejar a los padres sobre los cuidados del RN y la vigilancia de los signos de alarma.
- Crear un protocolo de actuación ante hipoglucemia neonatal precoz.

INDICADORES

- Variables recogidas: edad paterna y materna, patología gestacional, resultado de cultivo vagino-rectal y serologías maternas, tipo de parto y horas de amniorrexis y de parto. Semanas de edad gestacional, peso, longitud, perímetro cefálico y torácico, resultado del test de Apgar, temperatura ótica en paritorio, minutos transcurridos hasta que el recién nacido es colocado piel con piel e inicio de succión. Nivel de glucosa capilar a las 2, 4 y 8 horas. Presencia o no de síntomas asociados a la hipoglucemia y descripción de los mismos. Actuación realizada ante la hipoglucemia y tiempo hasta la normalización de la misma.
- Creación e implantación del protocolo de despistaje de hipoglucemia neonatal precoz y actuación ante la misma.

DURACIÓN
Se iniciará el estudio tras la obtención de la aprobación por parte del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón y se recogerán datos durante un periodo de tiempo de unos 6 meses, necesarios para obtener resultados estadísticamente significativos.

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 - 2016/0112

1. TÍTULO

ELABORACION Y SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE ATENCION AL DUELO PERINATAL

Fecha de entrada: 13/01/2018

2. RESPONSABLE ALEJANDRA REBOREDA AMOEDO
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CABALLERO PEREZ VICTORIA
BERNAL ARAHAL TERESA
IGLESIAS ECHEGOYEN LUIS CARLOS
SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA
MARTIN-CALAMA VALERO JESUS
GODED GARCIA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Recogida de material de diferentes fuentes de documentación (textos, protocolos de otros hospitales, guías de práctica clínica, modelos de formato protocolo salud. etc).
2. Coordinación entre servicios de ginecología, pediatría y psiquiatría, representados por una ginecóloga, una matrona, una pediatra y una psicóloga clínica (autoras que aparecen en primer término del presente proyecto de calidad).
3. Elaboración y redacción del PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN LA PÉRDIDA GESTACIONAL Y DUELO PERINATAL.
4. Entrega a dirección médica y de enfermería del Hospital Obispo Polanco para su revisión. SEPTIEMBRE 2017.
5. Presentación y aprobación en Comisión de Perinatología del Hospital Obispo Polanco. DICIEMBRE 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Elaboración y entrega del protocolo a dirección.
2. Presentación y aprobación del protocolo en Comisión de Perinatología del Hospital Obispo Polanco.
3. Pendiente de iniciarse su puesta en marcha para valorar los resultados propuestos alcanzados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La redacción final del Protocolo se ha enlentecido debido a las dificultades de recogida de documentos necesarios para completar el listado de ANEXOS que debían figurar en el mismo.

Pendiente de ser aceptado por la dirección hospitalaria e iniciar revisiones por parte de los autores del protocolo, incluyendo posibles nuevas propuestas de mejora.

Pendiente de ser valorados los siguientes indicadores que aparecen en el proyecto:

- Pacientes que son atendidos siguiendo las instrucciones que marca el protocolo: >90%
- Pacientes que son atendidos en consultas de ginecología en el plazo máximo de 4 semanas: >90%
- % pacientes que han sufrido una pérdida perinatal derivados a CSM que son atendidos en el plazo máximo de 4 semanas tras a derivación desde consultas ambulatorias de ginecología o desde interconsultas hospitalarias: >90%
- % satisfacción adecuada en padres que han sufrido una pérdida perinatal a través de breve encuesta entregada al alta de las consultas de ginecología: >80%
- % pacientes que han sufrido una pérdida prenatal derivados a CSM que son atendidos en el plazo máximo de 6 semanas tras a derivación desde consultas ambulatorias de ginecología o desde interconsultas hospitalarias: >90%

7. OBSERVACIONES.

El presente proyecto de calidad exige una continuidad para valorar sus beneficios y el alcance de los logros evaluados a través de los indicadores citados en párrafo anterior.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/112 ===== ***

Nº de registro: 0112

Título
ELABORACION Y SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE ATENCION AL DUELO PERINATAL

Autores:
REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA, BERNAL ARAHAL MARIA TERESA, HERRERO SANZ MARIA CRISTINA, IGLESIAS ECHEGOYEN LUIS CARLOS, SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA, MARTIN-CALAMA VALERO JESUS, GODED GARCIA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0112

1. TÍTULO

ELABORACION Y SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE ATENCION AL DUELO PERINATAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La escasez de registros no permite realizar una cuantificación fiable de la tasa de pérdidas perinatales en nuestro país (muertes fetales intermedias, tardías y neonatales precoces). Se estima una tasa media de fallecimiento de 8/1000 nacidos, desde la 22ª semana hasta las primeras 24 horas de vida, lo que supone unos 3200 casos al año.

Los padres que experimentan estas pérdidas, requieren de orientación y apoyo, y en ocasiones de un abordaje más especializado, ya sea psicoterápico o farmacológico. Existe evidencia que indica que hay menos probabilidades de que el malestar de los padres derive en un cuadro psiquiátrico si éstos están satisfechos con el modo en que su médico se ha comunicado con él y la forma en la que el servicio ha manejado la situación de pérdida, situación que implica un significativo nivel de angustia también para los profesionales del propio servicio. Es por ello, que creemos necesario establecer una guía de seguimiento sencilla, con la que se pretende que el profesional que atiende a una mujer con una pérdida (fundamentalmente, obstetra y matrona) conozca lo que se debería hacer y, sobre todo, lo que no se debería hacer, ni decir, en cada momento o fase del proceso del duelo para evitar la elaboración de un duelo patológico, pero también para obtener una sensación de satisfacción por el trato recibido y, por qué no, para reducir la probabilidad de posibles demandas por mala praxis. Deberíamos preguntarnos además, si la necesidad de apoyo reglado debería extenderse no sólo a las parejas que sufren una pérdida perinatal, sino también a las que sufren un aborto o muerte fetal temprana, al igual que en el caso de aquellas parejas que tienen que hacer una interrupción voluntaria del embarazo por motivos terapéuticos, con el dolor que les supone y la dificultad de una toma de decisiones en esas circunstancias.

RESULTADOS ESPERADOS

- Cambiar la concepción y actuación erróneas que los profesionales puedan tener sobre estos casos.
- Mostrar a la pareja y al profesional las herramientas que ofrece el sistema sanitario y la red social para afrontar la pérdida.
- Mejorar la comunicación médico-paciente/familiares.
- Disminuir la probabilidad de aparición de duelos patológicos.
- Prevenir las posibles demandas derivadas de una mala comunicación médico-paciente/familiares.

MÉTODO

1. Redacción y entrega del protocolo de atención perinatal a los servicios que participan en dicha atención (ginecología, pediatría y salud mental).
2. Revisión a los 6 meses del seguimiento del protocolo y cumplimiento de plazos de derivación a consultas especializadas de ginecología y salud mental si precisa.
3. Reunión con el equipo y mejorar coordinación entre servicios si precisa.
4. Revisión al año del seguimiento del protocolo y cumplimiento de plazos de derivación a consultas especializadas de ginecología y salud mental.
5. Revisión de cuestionarios de satisfacción entregados al año de seguimiento del protocolo.
6. Revisión de resultados y valoración de propuestas de mejora (formación al personal, sistemas de mejora de coordinación entre servicios, etc).

INDICADORES

- % pacientes que son atendidos siguiendo las instrucciones que marca el protocolo: >90%
- % pacientes que son atendidos en consultas de ginecología en el plazo máximo de 4 semanas: >90%
- % pacientes que han sufrido una pérdida perinatal derivados a CSM que son atendidos en el plazo máximo de 4 semanas tras a derivación desde consultas ambulatorias de ginecología o desde interconsultas hospitalarias: >90%
- % satisfacción adecuada en padres que han sufrido una pérdida perinatal a través de breve encuesta entregada al alta de las consultas de ginecología: >80%
- % pacientes que han sufrido una pérdida prenatal derivados a CSM que son atendidos en el plazo máximo de 6 semanas tras a derivación desde consultas ambulatorias de ginecología o desde interconsultas hospitalarias: >90%

DURACIÓN

- Entrega del protocolo a lo largo del mes de octubre de 2016.
- Reunión del equipo coordinador del protocolo y primera revisión de resultados a lo largo del mes de marzo.
- Revisión final de resultados en el mes de septiembre de 2017. Valoración de nuevas propuestas de mejora.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0112

1. TÍTULO

ELABORACION Y SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE ATENCION AL DUELO PERINATAL

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 - 2016/0111

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA MEJORA EN LA CAPTACION INICIAL Y SEGUIMIENTO POSTERIOR DEL PACIENTE ADULTO CON RIESGO SUICIDA EN EL SECTOR TERUEL

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE LORENA PEREYRA GRUSTAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IGLESIAS ECHEGOYEN LUIS CARLOS
REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA
GOMEZ CHAGOYEN BLANCA
TORRES MIRAVET ROSALIA
NAVALON MONLLOR VICTOR
PONCE MARTINEZ DOLORES ESPERANZA
SIMON ALONSO NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-Entre octubre del 2016 y octubre de 2017 se recogieron datos de todos aquellos pacientes que fueron atendidos en el Servicio de Urgencias del H. Obispo Polanco por conductas o sintomatología relacionados con el suicidio. Se realizó una hoja diaria de recogida de pacientes valorados durante la guardia.
2-De todos ellos (140) se analizaron los siguientes ítems: fecha de atención en Urgencias, motivo de atención, edad, sexo, disposición y fecha del alta, tiempo de latencia hasta ser atendido en USM, alta voluntaria o médica, antecedentes psiquiátricos, diagnóstico principal y secundario, antecedentes de intentos autolíticos, tipo de autolesión (método, gravedad leve vs moderada, planificación, rescate previsto, reactivo vs endógeno), consumo de tóxicos asociado, necesidad de ingreso en planta, enfermedad médica importante concomitante, estado civil, problema social/económico/legal asociado, si hubiera realizado nuevos intentos autolíticos en los meses siguientes y si ha mantenido el seguimiento ambulatorio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A-Datos de interés observados:

Los pacientes atendidos en Urgencias por clínica relacionada con ideación o intento autolítico, fundamentalmente se engloban en contexto de reacciones vivenciales relacionadas con situaciones de estrés ambiental, en las cuales se observa un manejo personal desadaptativo con realización del intento de forma impulsiva.

De los pacientes atendidos sólo el 20,45% presentan clínica endógena de características afectivas o psicóticas. El 13,63% son cuadros afectivos de características depresivas y un 6,06% tienen un diagnóstico de enfermedad psicótica (T Bipolar, TEA, EQZ o Tr de ideas delirantes).

La enfermedad orgánica grave intercurrente sólo ocurre en un 6,29 % de los casos.

Los actos relacionados con el suicidio se evidencian en contexto de problemática socio-familiar (14,61%) económica- laboral (13,07%), legal (0,76%), familiar (14,61%), de pareja (9,23%) o de varios de ellos (30%). El consumo de tóxicos participa de forma directa en un porcentaje alto de las tentativas (30%).

En cuanto a los métodos suicidas, se evidencian una mayoría de sobreingestas medicamentosas (45,23%) frente al (7,14%) de intentos de precipitación, ahorcamiento (3,57%) o venoclisis (10,71%). Un 30,95% de los pacientes acuden a urgencias por presentar ideas de autolisis sin haber pasado al acto de autolesionarse. No nos consta ningún fallecimiento en esta población ni por causa orgánica ni por actos suicidas.

De los pacientes, el 77,25% mantienen seguimiento de forma regular en USM de Teruel o Alcañiz. El 15,45% abandonaron el seguimiento bien de forma voluntaria desde el primer momento (9,09%) o a medio plazo (6,36%) y un 7,27% acuden de forma irregular.

Podemos añadir que el abandono del seguimiento es más alto en pacientes valorados y dados de alta desde el servicio de urgencias (17,245%) que dados de alta desde Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría (4,34%) donde se presupone que la gravedad del intento es mayor y donde se ha trabajado la alianza terapéutica con el equipo de Salud Mental.

La recurrencia de los actos suicidas se produce fundamentalmente en pacientes con diagnóstico de rasgos vulnerables de personalidad o Tr de personalidad, fundamentalmente de cluster B (85,71%) y en menos proporción, en contexto de Tr adaptativos (7,14%) o de consumo de tóxicos (7,14%)

B-Indicadores del proyecto

-% pacientes cuyo grado de alerta se monitoriza correctamente en el primer contacto: 139 de 140 pacientes 99,28%: (objetivo previsto: 95%).

-Tiempos de demora de atención en USM:

-Espera media en días para visita en USM tras alta de UCE 11,16 días.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0111

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA MEJORA EN LA CAPTACION INICIAL Y SEGUIMIENTO POSTERIOR DEL PACIENTE ADULTO CON RIESGO SUICIDA EN EL SECTOR TERUEL

- Espera media en días para visita en USM tras alta de urgencias 9,6 días.
- Riesgo leve en un máximo de 15 días: 10,14 días de media, 67, 6 % del total de pacientes (objetivo previsto: 90%)
- Riesgo moderado en un máximo de 10 días: 10,53 días de media: 44% del total de pacientes (objetivo previsto: 90%)
- Riesgo grave 11.6 días días de media (casuística muy pequeña).

Las demoras medias de atención son muy satisfactorias. En cuanto al porcentaje de pacientes atendidos dentro del objetivo previsto, las cifras están por debajo de lo esperado. Tras analizar cada caso concluimos que las razones principales son de tipo "logístico" : preferencias personales en el día de la cita en pacientes estabilizados o del ámbito rural.

-% abandonos seguimiento en USM de Teruel: abandonaron 14 pacientes de 64 . De los cuales hubo 11 abandonos voluntarios en un total de 47 pacientes de riesgo leve y 3 en riesgo moderado de un total de 15 pacientes. Ninguno en riesgo grave. Dentro de los abandonos de riesgo leve, 7 de 47 acuden de forma irregular, 1 se marchó de forma voluntaria y 3 se perdieron. En riesgo moderado, dos pacientes se perdieron y 1 se marchó de forma voluntaria.

Ninguno de los pacientes que han abandonado el seguimiento tienen un diagnóstico de enfermedad mental grave.

- Riesgo leve: 6,38 % (objetivo previsto: <20%)
- Riesgo moderado: 13,33% (objetivo previsto: <10%)

-Independientemente de aquellos pacientes que expresaron su deseo de no acudir a valoración ambulatoria, de todos los pacientes pertenecientes a nuestro sector únicamente 5 (el 5,8% del total) no acudieron a una primera visita en USM tras ser derivados, ya sea desde UCE o desde Urgencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1-La captación inicial y seguimiento de los pacientes con intención suicida en sus diversos niveles de gravedad es altamente satisfactorio, con una nula pérdida de seguimiento de los casos graves en los datos actuales. Los factores clave para su consecución son:

- Pacientes que ingresan en UCE: los profesionales trabajan de manera específica con los enfermos la alianza terapéutica con los recursos ambulatorios antes del alta.
- Enlace personalizado ("sistema de alerta") de todos los casos moderados / graves: el paciente sale de alta de UCE con cita ya programada en USM. En aquellos casos que no llegan a ingresar en UCE el facultativo de guardia contacta telefónicamente con USM (enfermería o FEAs) para informar del caso de primera mano.
- Alta accesibilidad en USM, con demora media de pocos días para primera visita y posibilidad de contactar telefónicamente en caso de necesidad con el equipo de salud mental de forma urgente.
- Cuando el paciente no acude a la primera visita, desde USM se mantiene contacto telefónico (con paciente, familia o MAP según caso) para conocer estado y tomar decisiones al respecto (nueva cita, informar ante negativa...)

2-La coordinación en la asistencia entre atención primaria y salud mental del sector es adecuada, con alta sensibilidad para la atención y supervisión de estos casos. El programa de enlace llevado a cabo entre septiembre de 2016 y enero 2017 probablemente haya contribuido a ello. Dicho programa consistió en sesión docente "in situ" en la mayoría de los CS del Sector a la que estaban convocados MAPs y enfermeras de cada CS.

-Dicha sesión era impartida por miembros del equipo con el objetivo de mejorar los ítems:

- Conocer la red de salud mental del sector y sus profesionales
- Derivación correcta psiquiatría vs psicología clínica
- Derivación correcta primera visita normal vs preferente
- Actuación ante urgencia psiquiátrica
- Promoción UASA (Unidad de Atención y seguimiento a las adicciones.
- Mejorar derivación paciente geriátrico. Evitar duplicidades
- Disminuir derivaciones inadecuadas. Disminuir "psiquiatrización de la vida diaria".
- Ruegos y preguntas

-En total se impartió en 12 Centros de Salud, acudiendo a ellas de manera presencial el 65.3% del total de MAPs del Sector, remitiéndose al 100% manual escrito a modo de resumen.

3-Ante la percepción de adecuada derivación y seguimiento comprobado por las cifras alcanzadas, no se consideró oportuno proceder a la fase de elaboración de un sistema de clasificación para atención primaria y su posterior distribución.

4-Como recomendaciones proponemos:

- Trasladar de manera periódica los resultados y conclusiones recogidos en los diferentes ámbitos de participación de los profesionales del Servicio (reuniones facultativos realizan guardias de psiquiatría, reuniones de equipo de USM y UCE...) para seguir trabajando en la misma línea
- Promover todas aquellas actividades encaminadas a afianzar la interconsulta y el enlace ágiles con atención primaria así como actividades de formación continuada.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0111

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA MEJORA EN LA CAPTACION INICIAL Y SEGUIMIENTO POSTERIOR DEL PACIENTE ADULTO CON RIESGO SUICIDA EN EL SECTOR TERUEL

*** ===== Resumen del proyecto 2016/111 ===== ***

Nº de registro: 0111

Título
TITULO: PROYECTO PARA LA MEJORA EN LA CAPTACION INICIAL Y SEGUIMIENTO POSTERIOR DEL PACIENTE ADULTO CON RIESGO SUICIDA EN EL SECTOR TERUEL

Autores:
PEREYRA GRUSTAN LORENA, IGLESIAS ECHEGOYEN LUIS CARLOS, GOMEZ CHAGOYEN BLANCA, REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA, NAVALON MONLLOR VICTOR, PONCE GARCIA ESPERANZA, SIMON ALONSO NURIA, TORRES MIRAVET ROSALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes que acuden a los servicios sanitarios con intención suicida son derivados a los servicios ambulatorios de Salud Mental a través de cuatro posibles vías:
-interconsulta solicitada desde Centros de Salud
-interconsulta solicitada desde Consultas externas del HOP y del Hº San José
-derivación del paciente desde el Servicio de Urgencias del HOP
-cita solicitada desde la UHB de psiquiatría del HOP al alta de un paciente.

La Unidad de Salud Mental (USM) es el dispositivo responsable de articular la atención longitudinal de los pacientes, en concreto en este caso a las que presentan ideación o intención suicida. Sospechamos que en no pocas ocasiones, el paciente o bien no llega a acudir a la primera consulta de la USM, o abandona prematuramente la intervención ofertada.

La atención a las personas con riesgo autolesivo con objetivos finalistas, está poco registrada y protocolizada. Por ello no es infrecuente la pérdida del paciente a través del proceso burocrático hasta su revaloración y seguimiento adecuado en salud mental. Los datos perdidos, nos aportarían conocimiento sobre la evolución general de este tipo de problemática, y lo que es más importante, dificultan estar al tanto de las posibles situaciones de riesgo, para poder establecer sistemas de actuación preventivos, y por ende el tratamiento adecuado para el restablecimiento de su salud emocional.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la captación inicial y seguimiento de los pacientes con intención suicida en sus diversos niveles de gravedad.
- Mejorar la coordinación en la asistencia entre el servicio de atención primaria y servicio de psiquiatría del Sector Teruel.
- Mejorar la percepción de la calidad asistencial en los pacientes con riesgo suicida y por ende la adherencia a los programas de atención y seguimiento.
- Establecer un sistema de alertas que mejore la prevención de la conducta suicida.
- Reducir reingresos y frecuentación de urgencias.
- Disminuir la incidencia de suicidio consumado en pacientes atendidos en nuestra unidad de salud mental.

MÉTODO
1. Elaborar un sistema de clasificación simple y accesible a profesionales de atención primaria que discrimine entre riesgo leve y riesgo moderado
2. Informar del programa en atención primaria y a psiquiatras y urgenciólogos que atienden a urgencias hospitalarias durante las 24 horas del día.
3. Crear "sistema de alerta" por el cual la USM tenga conocimiento de todo paciente que haya sido atendido en Urgencias del HOP por sintomatología relacionada con el suicidio como motivo principal (del resto de posibles derivadores recogidos al principio de este documento siempre se tiene constancia pues llega la petición por escrito vía FAX o en mano a la USM).
4. Desde USM se contactará con todo paciente con primera cita concertada que no acuda, procediendo a nueva cita; informando a MAP del paciente en caso de negativa del paciente a acudir o ante un segundo fallo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0111

1. TÍTULO

PROYECTO PARA LA MEJORA EN LA CAPTACION INICIAL Y SEGUIMIENTO POSTERIOR DEL PACIENTE ADULTO CON RIESGO SUICIDA EN EL SECTOR TERUEL

5. Supervisar adecuado cumplimiento de tiempos de atención programados en primera acogida desde servicios de salud mental.
6. Iniciar supervisión y seguimiento de casos desde consultas de CSM.
7. Seguimiento de casos en CSM y monitorización de porcentaje de abandonos de tratamiento en el plazo de un año.

INDICADORES

Indicadores planteados:

- % pacientes cuyo grado de alerta se monitoriza correctamente en el primer contacto: 95%
- % pacientes con intencionalidad autolítica que son atendidos en consultas de USM en un determinado plazo de tiempo:
 - o Riesgo leve en máximo 15 días: 90%
 - o Riesgo moderado en máximo 10 días: 90%
- % abandonos del seguimiento:
 - o Riesgo leve: <20%
 - o Riesgo moderado: <10%

DURACIÓN

- Creación de sistema básico de clasificación de gravedad del riesgo a lo largo del mes de septiembre.
- Informar del programa atención primaria y a red de psiquiatría de atención a urgencias a lo largo del mes de septiembre.
- Comienzo de sistema de registro y supervisión a partir del mes de octubre.
- Seguimiento de casos, monitorización de abandonos de tratamiento y de recaídas desde CSM a partir de octubre.
- Fin de recogida de datos el 30 de septiembre de 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: 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 - 2016/0203

1. TÍTULO

INTERCONSULTAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS AL SERVICIO DE REHABILITACION INFORMATIZADAS

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL ORELLANA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PECES GONZALEZ NATALIA
GIMENO MINGUEZ MARIA JOSE
CALVO ARIÑO AITOR
SANZ ASIN JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizando por parte del Servicio de Informática una aplicación en la base HP Doctor para rellenar por parte del Servicio de Neurología, cuando precisa realizar una solicitud de Interconsulta de paciente hospitalizado por causa neurológica al Servicio de Rehabilitación. En la misma, se describe la fecha de la interconsulta, médico que la solicita, datos del paciente, número de historia clínica, habitación y motivo de solicitud de la consulta. A través de Intranet, en área de pacientes hospitalizados, se ha añadido una pestaña con "Interconsultas a Rehabilitación" donde se pueden visualizar las solicitudes realizadas. A través de HP Doctor, los Facultativos de Rehabilitación pueden rellenar la interconsulta con antecedentes personales del paciente, Índice de Barthel previo, describir la evolución y valoración del paciente hospitalizado, fecha de la valoración, médico que la realiza, posible tratamiento y/o seguimiento, destino al alta. El Servicio de Neurología consulta a través de Intranet la valoración de la Interconsulta.

Queda registrado en la plataforma informática de nuestro hospital (Intranet) y en el Sistema de Salud de Aragón (Historia Clínica Electrónica).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido la disponibilidad de una aplicación en HP Doctor para realizar Interconsulta a Rehabilitación por parte del Servicio de Hospitalización.

Hay disponible en Intranet de Teruel, una pestaña con Interconsultas al Servicio de Rehabilitación. Queda registrado en el Sistema de Salud de Aragón.

En cuanto a los Indicadores analizados se han obtenido los siguientes resultados:

1. Número de Interconsultas realizadas desde el Servicio de Neurología al Servicio de Rehabilitación en el año 2017: 93 Interconsultas
2. % respuesta de interconsultas al Servicio de Rehabilitación desde el Servicio de Neurología: 100%
3. % interconsultas contestadas en menos de 48horas al Servicio de Rehabilitación desde el Servicio de Neurología: 90,32 % (84 de 93 interconsultas). Tiempo promedio 24h.
4. % interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento durante el ingreso hospitalario y sin tratamiento hospitalario: no se ha registrado adecuadamente, por lo que no se ha podido evaluar.
5. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con destino al alta a domicilio, con posible tratamiento ambulatorio en H.Obispo Polanco o Centro de Salud de área, con informe de Rehabilitación correspondiente: 56% (52 pacientes de 93)
6. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento ambulatorio en Hospital de Día Geriátrico, con informe de Rehabilitación correspondiente: 15,05% (14 de 93 pacientes)
7. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento en Hospital de media estancia por precisar convalecencia, con informe de Rehabilitación correspondiente: 20,43% (19 pacientes de 93)
8. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento en Residencia con informe de Rehabilitación correspondiente: 8,6% (8 pacientes de 93)

Se ha mejorado el registro en la labor asistencial del Servicio de Rehabilitación en el Hospital Obispo Polanco y la comunicación entre el Servicio de Neurología y Rehabilitación. Se ha mejorado la comunicación con Hospital de media estancia, fisioterapia de Centro de Salud o Residencia, médico de Atención primaria u otros especialistas, ya que, se tiene constancia de forma informatizada de nuestra valoración, diagnóstico, tratamiento, pautas, consejos y objetivo funcional.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se puede realizar una mejora en la continuidad asistencial con mejor comunicación entre las distintas líneas asistenciales; no sólo con informes de alta de hospitalización, también incluyendo informes de los distintos Servicios que valoran al paciente en la hospitalización, que se pueden visualizar al quedar registrado en el Sistema de Salud de Aragón

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0203

1. TÍTULO

INTERCONSULTAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS AL SERVICIO DE REHABILITACION INFORMATIZADAS

7. OBSERVACIONES.

Se iba a registrar los datos recogidos hasta marzo de 2017; pero se ha decidido de todo el año 2017 para mejor visualización del registro.
Se deben hacer algunas modificaciones en la aplicación, dado que alguna pestaña de la misma no funciona adecuadamente; como no visualizarse el médico que contesta la interconsulta, hasta abrir el informe del mismo. El Servicio de Rehabilitación del Hospital de Teruel, sólo compuesto por tres facultativas, realiza una gran labor asistencial en el paciente hospitalizado, valorando más de 500 pacientes al año; con posterior seguimiento y valoración en Consulta externa del Hospital Obispo Polanco, en Hospital de Día Geriátrico o en H. Provincial si precisa convalecencia y Rehabilitación en el mismo. Gracias a la aplicación realizada, esta labor queda registrada, y hay documentos y referencias de nuestro trabajo en planta de hospitalización, así como, del seguimiento que realizamos de estos pacientes.
Se extenderá para ser realizado con el resto de Servicios que solicitan nuestra valoración en el paciente hospitalizado.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/203 ===== ***

Nº de registro: 0203

Título
INTERCONSULTAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS AL SERVICIO DE REHABILITACION INFORMATIZADAS

Autores:
ORELLANA GARCIA RAQUEL, PECES GONZALEZ NATALIA, GIMENO MINGUEZ MARIA JOSE, CALVO ARIÑO AITOR, SANZ ASIN JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Servicio de Rehabilitación del H.Obispo Polanco no dispone de planta de hospitalización, pero muchos pacientes ingresados en otros Servicios precisan nuestra valoración y tratamiento durante la hospitalización; así como, un posible seguimiento y tratamiento de forma ambulatoria. Se recibe la solicitud de valoración mediante hoja de interconsulta, que se complementa de forma manual. Así, en el año 2014 se valoraron 562 pacientes entre dos médicos especialistas en Rehabilitación. Los servicios solicitantes más frecuentes fueron: Traumatología 61,75%, Medicina Interna 16%, Neurología 8,18%, otros 14,07%. Patología más frecuentemente observada: fractura de cadera 29,53%, artroplastia de rodilla 19%, ACV 9,78 %, deterioro funcional secundario a diversas causas 14,1%. Del total de las solicitudes se pautó tratamiento al 86,8 %.

Esta gran labor asistencial no queda registrada en ninguna base de datos, por lo que no hay documentos ni referencias de nuestro trabajo en planta de hospitalización, así como, del seguimiento que realizamos de estos pacientes.

Conjuntamente con el Servicio de Neurología y de Informática queremos iniciar la solicitud de valoración del paciente hospitalizado por causa neurológica, utilizando la plataforma informática de nuestro hospital, que a su vez está conectado al Sistema de Salud de Aragón.
Se ha realizando por parte del Servicio de Informática una aplicación en la base HP Doctor para rellenar por parte del Servicio de Neurología, cuando quieren realizar una solicitud de Interconsulta, en la que describen fecha de la consulta, médico que la solicita, datos del paciente, número de historia clínica, habitación y motivo de solicitud de consulta al Servicio de Rehabilitación. A través de Intranet, en área de pacientes hospitalizados, se ha añadido una pestaña con "Interconsultas a Rehabilitación" donde podemos visualizar las solicitudes realizadas. A través de HP Doctor, los Facultativos de Rehabilitación pueden describir la valoración del paciente hospitalizado, fecha de la valoración, médico que la realiza y posible tratamiento y/o seguimiento. El Servicio de Neurología consulta a través de Intranet la valoración de la Interconsulta. Se está iniciando el proyecto en la actualidad.

RESULTADOS ESPERADOS

a. Mejorar el registro en la labor asistencial del Servicio de Rehabilitación en el H. Obispo Polanco

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0203

1. TÍTULO

INTERCONSULTAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS AL SERVICIO DE REHABILITACION INFORMATIZADAS

- b. Mejorar la comunicación entre el Servicio de Neurología y Rehabilitación. Tras realizar la prueba con el Servicio de Neurología, se quiere ampliar al resto de Servicios de Hospitalización
- c. Mejorar la comunicación con Hospital de media estancia, fisioterapia de Centro de Salud o residencia, médico de Atención primaria u otros especialistas, ya que, se tiene constancia de forma informatizada de nuestra valoración, diagnóstico, tratamiento y objetivo funcional
- d. Mejorar la satisfacción de los Servicios de Hospitalización y Atención Primaria disponiendo de Informe Médico informatizado del Servicio de Rehabilitación
- e. Mejorar la satisfacción del paciente valorado por nuestra parte, disponiendo de Informe Médico informatizado con nuestra valoración, diagnóstico, tratamiento, pautas, consejos y objetivo funcional.

MÉTODO

a. Disponibilidad de aplicación en HP Doctor para realizar Interconsulta de Rehabilitación por parte del Servicio de Hospitalización.

b. Disponibilidad en Intranet de Teruel de pestaña con Interconsultas a rehabilitación

INDICADORES

- 1. Número de Interconsultas realizadas desde el Servicio de Neurología al Servicio de Rehabilitación.2. % respuesta de interconsultas al Servicio de Rehabilitación desde el Servicio de Neurología.3. % interconsultas contestadas en menos de 48horas al Servicio de Rehabilitación desde el Servicio de Neurología.4. % interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento durante el ingreso hospitalario.5. % interconsultas al Servicio de Rehabilitación sin indicación de tratamiento durante el ingreso hospitalario.
- 6. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento ambulatorio en H.Obispo Polanco con informe de Rehabilitación correspondiente.
- 7. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento ambulatorio en H. Dia geriátrico con informe de Rehabilitación correspondiente.
- 8. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento ambulatorio en C.Salud de área con informe de Rehabilitación correspondiente.
- 9. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento en H. media estancia por precisar convalecencia con informe de Rehabilitación correspondiente.
- 10. % Interconsultas al Servicio de Rehabilitación con indicación de tratamiento en Residencia con informe de Rehabilitación correspondiente

DURACIÓN

Desde la aprobación del proyecto de calidad con valoración de los resultados en marzo 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 : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0687

1. TÍTULO

COORDINACION DE TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA A TRAVES DEL SERVICIO DE REHABILITACION

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE NATALIA PECES GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RENAU HERNANDEZ ESMERALDA
PLAYAN GADANUER MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Antes de comenzar el proyecto, presentamos a la Dirección Médica del Hospital Obispo Polanco nuestra propuesta para coordinar desde el servicio de Rehabilitación, las solicitudes de valoración y tratamiento de logopedia para las patologías relacionadas con trastornos del lenguaje, del habla y de la deglución, principalmente. Con su autorización y visto bueno, elaboramos un protocolo de derivación que se colgó en la plataforma de intranet de la web de nuestro hospital, para que todos los facultativos pudieran acceder a él.

Desde la Dirección del Hospital Obispo Polanco y desde nuestro Servicio de Rehabilitación se mandaron correos electrónicos a todos los facultativos del Hospital Obispo Polanco y del Hospital San José y a los Coordinadores de los Centros de Salud de Atención Primaria para que los facultativos de todas las especialidades del Sector Teruel tuvieran conocimiento de la existencia de este servicio y cómo solicitar colaboración ante posibles pacientes susceptibles de dicho servicio.

Elaboramos una tabla de Excel donde registraríamos los datos de los pacientes que serían remitidos para tratamiento y/o valoración de logopedia. Entre los datos recogidos valoramos : edad, sexo, diagnóstico principal, fecha de valoración por los médicos de Rehabilitación, fecha de inicio de tratamiento de logopedia, número de sesiones semanales, número de sesiones totales, servicio que solicita la valoración, motivo del alta... El registro de los datos comenzó tras la incorporación del logopeda a nuestro Hospital y una vez organizado todos los circuitos. Como fecha de inicio para la inclusión de los pacientes en este estudio comenzó en octubre de 2016. Los médicos del servicio de Rehabilitación valorábamos en planta tras solicitud de interconsulta por parte del servicio de Neurología, Medicina Interna o Geriátrica principalmente, a los pacientes ingresados por un ACV, TCE, Enfermedades neurodegenerativas, tumores cerebrales...Según su déficit, gravedad y posibilidad de colaboración, planteábamos los objetivos del tratamiento de logopedia, dábamos unas pautas a las familias. En los pacientes con afasia, utilizamos el test de Boston para la valoración inicial y posteriormente durante el seguimiento en las revisiones periódicas.

En consulta de Rehabilitación valoramos a los pacientes ambulatorios remitidos por diferentes especialidades (Otorrinología, Neurología, Pediatría, Medicina de Familia, Cirugía Maxilofacial, Cirugía General...) susceptibles de tratamiento de logopedia. Planteábamos los objetivos y opciones de tratamiento y al finalizar las sesiones de logopedia inicialmente pautadas revisábamos a los pacientes para plantear su posible alta por mejoría, continuar con más sesiones si el paciente tenía una evolución favorable pero no había alcanzado los objetivos o suspender el tratamiento por estabilidad clínica.

Para valorar la respuesta al tratamiento, consideramos según las diferentes patologías las siguientes variables: en las disfonías, para la mejoría funcional consideramos (tono, fluencia, tiempo de lectura o habla sin alteración del tono..), deglución (test de disfagia, mejoría en la deglución, tipo de dieta, ganancia de peso, IMC..), afasia test de Boston (plantilla de exploración de las diferentes áreas del lenguaje oral y escrito), mejoría en la comunicación con familiares

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los datos que presentamos corresponden al periodo comprendido desde octubre de 2016 a diciembre de 2017. En este tiempo, los pacientes que fueron subsidiarios de un tratamiento de logopedia sumaron un total de 188, que al diferenciarlos por su sexo corresponden a 101 mujeres y 87 varones.

En la categoría de la edad, distinguimos un total de 163 adultos, con edades comprendidas desde los 22 a los 94 años (92 mujeres y 71 hombres), y un total de 25 niños, con edades comprendidas desde los 3 a los 11 años, (9 niñas y 16 niños)

Valorando la edad media de nuestra población, observamos que entre los adultos, el 41% no superaban los 65 años, alcanzando en este grupo un valor de 48 años de edad media). Mientras que el 51% restante de adultos era mayor de 65 años, con edad media entre los mismos de 82 años.

La edad media entre los niños fue de 7 años, el 40% de los mismos tenía edades menos o igual a los 6 años y en el 50% restante su edad superaba los 6 años.

Analizando a los pacientes por su diagnóstico, observamos los diferentes números de casos; 25 Afasia, 6 Afasia+ disfagia ; 2 deterioro cognitivo, 10 disartria, 20 disartria+ disfagia, 22 disfagia; 79 disfonía; 1 dislalia; 7 retraso del lenguaje; 1 implante coclear.

Si tenemos en cuenta cuál fue la vía por la que se solicitó la valoración para tratamiento de logopedia,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0687

1. TÍTULO

COORDINACION DE TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA A TRAVES DEL SERVICIO DE REHABILITACION

observamos los siguientes datos: del total de los 188 pacientes tratados, 24 provenían del Hospital de Día Geriátrico (20 remitidos por el servicio de Rehabilitación y 4 por Geriátria, relacionados con pacientes con disfagia), otros 97 remitidos por el servicio de Rehabilitación desde consultas externas (en su mayoría por disfonías). Desde planta se remitieron un total de 67 solicitudes (42 remitidos por el servicio de Rehabilitación por pacientes con afasia y disfagia y 25 por el servicio de Geriátria en su caso relacionados con pacientes con disfagia)

Los tiempos para inicio de tratamiento de logopedia vario según la etiología y gravedad del proceso. Los pacientes con afasia, disartria, disfagia... u otras alteraciones del lenguaje o de la deglución que precisaron tratamiento durante su ingreso en el Hospital San José, iniciaban las sesiones de logopedia durante la primera semana de su ingreso, si no presentaban ninguna contraindicación. Estos pacientes habian sido valorados previamente por los médicos del servicio de rehabilitación durante la fase aguda de su ingreso en el Hospital Obispo Polanco. En la mayoría de los casos, las sesiones eran diarias, de lunes a viernes.

Posteriormente si los pacientes mejoraban y eran candidatos para continuar con tratamiento ambulatorio, se programaban una o varias sesiones semanales según la gravedad de la patología y/o el domicilio del paciente (debido a la gran dispersión demográfica de la población).

Los pacientes que eran remitidos desde consultas externas de rehabilitación por patologías menos graves ej (disfonías, pólipos...) iniciaban las sesiones de tratamiento de logopedia tras un tiempo de espera que osciló de 1-3 sem de media. En estos casos, también se intentó dar prioridad en las citas para consulta de rehabilitación como para el inicio de tratamiento según la gravedad de la patología.

En cuanto al número de sesiones que se realizaron por patologia y frecuencia de los mismas, los datos son los siguientes: Realizaban 1 sesión /sem las siguientes patologías: retraso del lenguaje, disfonía, test disfagia; 2 sesiones/ sem (disfonía), 3 sesiones /sem (afasia, disartria+/- disfagia amb) 5 sesiones /sem los pacientes ingresados (afasias, disfgias)

La media de sesiones fue de 5 -10 ss para las siguientes patologías: disfonías leves, disfagia leve; >10-15ss (disartrias,+disfagia, leves y disfonías) y más de 20 ss (disfonías severas, retrasos del lenguajes); de 30-40 (afasias y/o disartrias) más de 50 (6 pacientes 4 afasias severas, 1 TCE, 1 encefalopatía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Proporcionar un tratamiento de logopedia en el sistema público de salud de Teruel a los pacientes con patología del habla, lenguaje, comunicación, voz y deglución .. cuando hasta ahora sólo era posible en el sector privado, es una gran mejora en la asistencia sanitaria de nuestro sector y en beneficio de toda la población.

Es una muy buena herramienta para tratar y ayudar a los pacientes con afasia y a sus familiares, pues este déficit causa importantes problemas en la comunicación y por ello en la integración social.

En pacientes con disfagia, con una valoración y tratamiento adecuado de logopedia podemos ayudar a corregir y evitar problemas de salud como la deshidratación, desnutrición o riesgo a padecer infecciones respiratorias u otras complicaciones secundarias a posibles aspiraciones o atragantamientos, así como en algunos casos disminuir el tiempo de ingreso hospitalario.

En sujetos con disfonía, tras el tratamiento de logopedia, los pacientes aprenden y toman conciencia de unos buenos hábitos para el cuidado de su voz.

Creemos que los médicos de rehabilitación jugamos un papel muy importante en la valoración y seguimiento de estos pacientes y sus diferentes patologías, porque realizamos una valoración global del paciente y nos planteamos unos objetivos funcionales. Hacemos un seguimiento de los mismos y nos coordinamos con el logopeda para revisar los tratamientos y según las patologías podemos comunicarnos con los diferentes especialistas para replantear los objetivos.

También recogemos como muy positiva la valoración por parte de los pacientes y familiares que han precisado una valoración por nuestro servicio de rehabilitación y han realizado un tratamiento de logopedia en este tiempo. No hemos pasado una encuesta con los registros, pero sus testimonios en la consulta y en los tratamientos con la logopeda han sido de satisfacción, compromiso en la asistencia y cumplimiento de los tratamientos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/687 ===== ***

Nº de registro: 0687

Título
COORDINACION DE TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA A TRAVES DEL SERVICIO DE REHABILITACION

Autores:
PECES GONZALEZ NATALIA, NOGUERA LOPEZ EUGENIA, PLAYAN GADANUER MARIA LUISA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0687

1. TÍTULO

COORDINACION DE TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA A TRAVES DEL SERVICIO DE REHABILITACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes con patología del habla, voz, lenguaje, deglución, succión
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Proporcionar tratamiento de logopedia en el sistema público de salud de Teruel a pacientes que lo precisen y que hasta ahora sólo era posible por privado

PROBLEMA
La incidencia de los trastornos del lenguaje, el habla, la voz, la audición y la deglución cada vez es mayor y pueden ser causa de importantes problemas en la comunicación y por ello en la integración social, así como causa de problemas de salud como la deshidratación, desnutrición o riesgo a padecer infecciones respiratorias por aspirado. En este sentido, la demanda asistencial requiere un diagnóstico cada vez más precoz y completo y la puesta en marcha de recursos humanos especializados en el tratamiento de estos trastornos.

Nuestro objetivo es poder canalizar y coordinarnos con las diferentes especialidades médicas o servicios (Otorrinología, Pediatría, Neurología, Cirugía Maxilofacial, Atención Primaria, etc,) para que puedan remitir a nuestro servicio de rehabilitación, pacientes con diferentes patologías susceptibles de valoración y/ o tratamiento de logopedia.

RESULTADOS ESPERADOS
En nuestra área sanitaria de Teruel, no existía la posibilidad de ofrecer tratamiento de logopedia para la población general. Sólo excepcionalmente el IASS, asumía algún paciente menor de 6 años. Este motivo provoca gran limitación para los pacientes afectados de diferentes patologías que precisan de este tipo de terapia y hasta el momento, sólo algunos pacientes podían recurrir a una asistencia privada.

MÉTODO
Valorar y tratar a pacientes con patología del habla, el lenguaje, la voz, la deglución, planteando objetivos funcionales y/o mejoría de calidad de vida para estos pacientes y/o de sus familias o cuidadores.

INDICADORES
Valoración de pacientes hospitalizados que presenten posible patología susceptible de tratamiento de logopedia, tras solicitud de interconsulta a nuestro servicio de rehabilitación.
Derivación desde diferentes especialidades médicas o servicios, mediante volante P10 y vía ambulatoria a nuestras Consultas Externas de Rehabilitación, de pacientes susceptibles de valoración, para plantear objetivos y pautar tratamiento de logopedia
Tiempo de espera desde que se solicita la valoración por nuestro servicio y el tiempo que tardan los pacientes en iniciar el tratamiento de logopedia según la gravedad de su patología.
% de pacientes valorados en nuestro servicio de RHB y número de pacientes a los que se les pauta tratamiento de logopedia, remitidos desde hospitalización y /o desde CCEE.
Valorar la disminución de canalizaciones de estos pacientes al anterior Hospital de referencia.
Edad de la población valorada.
Patologías que demandan nuestra valoración y tratamiento.
Revisiones en consulta para valorar la respuesta al tratamiento (ej. mejoría funcional en la fonación (tono, fluencia, tiempo de, deglución (test de disfagia), afasia test de Boston (plantilla de exploración de las diferentes áreas del lenguaje oral y escrito), mejoría en la deglución y por tanto en el estado nutricional del paciente (ej. IMC, ganancia de peso, tipo de dieta...)
Encuestas de satisfacción de los pacientes que han recibido tratamiento de logopedia

DURACIÓN
Valoración durante un año (actualmente disponemos de logopeda en nuestro servicio desde el 1 de septiembre de 2016 y estamos iniciando la puesta en marcha y coordinación de la asistencia)

OBSERVACIONES
El proyecto y los circuitos de solicitud y demanda de valoración están previstos. Tenemos que coordinar e informar a los diferentes servicios las posibilidades para remitir los pacientes a nuestro servicio (hemos mandado correo informativo a las direcciones de los facultativos de los servicios implicados, desde dirección hospitalaria esperamos que también se informe a los compañeros de atención primaria, en diferentes medios de información de prensa escrita salió publicada la noticia de la disponibilidad de tratamiento de logopedia en Teruel a cargo del servicio de Rehabilitación)

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0687

1. TÍTULO

COORDINACION DE TRATAMIENTO DE LOGOPEDIA A TRAVES DEL SERVICIO DE REHABILITACION

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 - 2016/0550

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ADECUACION Y ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA TEMPORAL A PACIENTES DESPLAZADOS EN EL PROGRAMA DE HEMODIALISIS CRONICA

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES MUÑOZ LEON
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASCON MARIÑO ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Recepción en plazo de las solicitudes y registro de entrada de las mismas.
-Planificación de la asignación de turnos.
-Reunión de la Comisión de Adecuación y Organización de la Asistencia Temporal a Pacientes Desplazados en el Programa de Hemodiálisis Crónica.
-Notificación de la asignación así como realización de las modificaciones necesarias en base a las necesidades personales de los pacientes y de nuestra capacidad.
-Apertura de historia clínica.
-Atender las peticiones de adhesión al transporte colectivo.
-Detección de situación social de riesgo y derivación a T.Social .
-Verificación de la inclusión en SIFCO.
-Redacción de la actividad en la memoria anual y en los acuerdos de gestión de la Unidad de T.Social y en la del Servicio de Nefrología.
-Todas las actividades se realizan según el calendario marcado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha recibido 12 solicitudes en plazo, y 2 fuera de plazo (no se admiten a trámite). De las 12, dos se ubican fuera de nuestro sector en su residencia estival (no se admiten a trámite). De las 10 restantes, dos renuncian la concesión inicial por motivos personales y uno fallece y otro paciente es trasplantado. Por lo tanto se atiende un total de 6 pacientes, con 104 sesiones de hemodiálisis. Por lo tanto, equidad, al atenderse el total y en forma (adaptadas al periodo solicitado por el paciente atendiendo las modificaciones que plantea el paciente a la asignación inicial)
Por todo ello se mejora la atención general al paciente renal al permitirle desplazarse en periodo estival, mejora su calidad de vida global facilitando el retorno a su lugar de origen, se posibilitan periodos de autonomía personal y movilidad geográfica, se preserva la conciliación de su vida familiar con su enfermedad y se colabora con el movimiento asociativo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Sostenibilidad y posibilidad de replicación: garantizadas. Se viene realizando desde hace dos décadas. Adaptándose a cada momento. Plena satisfacción verbalizada por los usuarios.
-Consecución de los objetivos iniciales: Máxima.
-Recomendaciones de mejora: Hacer extensivo el programa, no solo al periodo estival, si no al resto del año, coincida o no con periodos vacacionales tradicionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/550 ===== ***

Nº de registro: 0550

Título
PROGRAMA DE ADECUACION Y ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA TEMPORAL A PACIENTES DESPLAZADOS EN EL PROGRAMA DE HEMODIALISIS CRONICA

Autores:
MUÑOZ LEON MERCEDES, GASCON MARIÑO ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0550

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ADECUACION Y ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA TEMPORAL A PACIENTES DESPLAZADOS EN EL PROGRAMA DE HEMODIALISIS CRONICA

Tipo Patología : Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Hemodiálisis
Línea Estratégica . : Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos . :
Otro tipo Objetivos:

Enfoque : Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque. :

PROBLEMA

La zona rural de nuestro Sector Teruel es receptora, sobremanera en periodo estival, de población proveniente de otras localidades; encontrándonos un flujo nuevo de pacientes que precisan garantizar tratamiento de hemodiálisis crónica en destino.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la atención a pacientes con enfermedad renal crónica que deseen desplazarse a nuestro sector en periodo estival.
- Mejorar su calidad de vida global facilitando el retorno temporal a sus localidades de origen.
- Posibilitar periodos de autonomía personal y movilidad geográfica a pacientes sujetos a tratamiento crónico no autoadministrable en domicilio.
- Preservar la conciliación de su enfermedad con vida familiar y rol social.
- Colaborar con el movimiento asociativo vinculado a salud (ALCER Teruel)

Hay creada una "Comisión de Adecuación y Organización de la Asistencia Temporal a Pacientes Desplazados en el Programa de Hemodiálisis Crónica"

Formada por:

- Director del Hospital Obispo Polanco (en adelante Hospital O. Polanco)
- Directora de Enfermería del Hospital O. Polanco.
- Subdirectora Provincial de Inspección y Aseguramiento Sanitario.
- Nefrólogo Jefe del Servicio de Nefrología del Hospital O. Polanco.
- Enfermera Supervisora de la Unidad de Diálisis del Hospital O. Polanco.
- Trabajador Social del Hospital O. Polanco.Secretaria de la comisión. (en adelante T.Social)
- Secretaria de la Asociación de Lucha Contra las Enfermedades del Riñón (ALCER Teruel).

En la misma se estudian las solicitudes recibidas en plazo en las que pacientes solicitan su hemodiálisis para el periodo estival (que abarca del 1 de junio al 31 de septiembre)

Las solicitudes se reciben por fax desde los centros médicos/ asociaciones y se archivan conforme fecha de registro de entrada.

En 2016 se han recibido un total de 11 solicitudes en plazo, con asignación inicial a todas ellas, y con posterior renuncia por parte de 4 pacientes, quedando finalmente un total de 127 sesiones realizadas a un total de 7 pacientes. Distribución: 0 en junio, 42 en julio, 56 en agosto y 29 en septiembre.

MÉTODO

- Informar a todos los centros y asociaciones que históricamente solicitan plaza de plazos de recepción y contenido de las solicitudes, que debe comprender: identificación, informe médico, serología, pauta de hemodiálisis, domicilio en destino y periodo solicitado, para uniformar y evitar errores.
- Apertura de historia clínica al paciente dializado en este programa.
- Atender las peticiones de prórroga sobre el periodo concedido que se reciben ya en el transcurso.
- Atender modificaciones solicitadas por los pacientes una vez recibida la concesión, en atención a su situación sociofamiliar.
- Atender las peticiones de adhesión a transporte según Convenio ALCER- Dpto.de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón
- Detección precoz de situación de riesgo social y derivación a T.Social.

INDICADORES

- Indicadores:
 - Número de plazas de hemodiálisis en periodo estival adjudicadas, en relación al total de pacientes que lo solicitan, con criterios de equidad para poder atender a todos ellos.
 - Número de asignaciones de plazas modificadas en atención a las circunstancias sociofamiliares que plantea cada paciente.

Monitorización: Control evolutivo de las solicitudes recibidas para hemodiálisis en periodo estival.

Evaluación:

- Reunión anual evaluadora. Se convoca a Hospital O. Polanco (Jefe del Serv. de Nefrología y a la T.Social) y a la secretaria de ALCER Teruel.
- Reunión de la mencionada comisión en la segunda quincena de mayo para asignación de plazas.
- Durante el periodo estival, seguimiento continuado de todos los aspectos.
- Memoria del Servicio de Nefrología.
- Memoria de la Unidad de Trabajo Social.

DURACIÓN

- Del 1 de enero al 15 de mayo:
- El T.Social recibe las solicitudes vía fax y da registro de entrada a cada una de ellas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0550

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ADECUACION Y ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA TEMPORAL A PACIENTES DESPLAZADOS EN EL PROGRAMA DE HEMODIALISIS CRONICA

-Del 16 al 31 de mayo:

-El T.Social entrega la relación de pacientes (identificación personal y del centro de origen) y peticiones a Jefe del Serv. Nefrología y a Supervisora de la Unidad de Diálisis y se diseña planning con la asignación para presentarla a la comisión.

-Jefe del Serv. de Nefrología convoca la reunión de la comisión.

-Reunión de la comisión donde se trata: recepción, asignación y temas de mejora (SIFCO, transporte, etc).

-La T.Social notifica la asignación de plaza (y adjunta carta del Director del Hospital con mención del procedimiento de asignación y turno concedido).

-Apertura de historia clínica al total de pacientes concedidos.

-Del 1 de junio al 31 de septiembre:

-Coordinación continua T.Social y Unidad de Diálisis.

-Noviembre:

-T. Social realiza estudio de la correcta inclusión del documento SIFCO y en caso de error, insta a corrección a la comunidad autónoma de origen.

-Diciembre:

-Reunión evaluadora entre Hospital O. Polanco (asisten Jefe del Serv. de Nefrología y la T.Social) y la secretaria de ALCER Teruel.

-Notificación por fax a todos las asociaciones y centros solicitantes de los plazos de recepción y los contenidos mínimos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0147

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON LA ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE AURORA ANDRES SALIENTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN IGUAL ADORACION
HERNANDEZ GARCIA LOURDES
CONEJOS LOZANO AURORA
CORTEL VICENTE ANA BENITA
FORNES LOPEZ MARIA TERESA
VICENTE CORTES ROSA
PEREZ LAFUENTE ANA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Actualización del protocolo de gasometría arterial y capilar
2. Presentación en el calendario de Sesiones del S. de Urgencias
3. Modificaciones en PCH para el registro del procedimiento con el fin de realizar la evaluación posterior.
4. Entrenamiento en la técnica de anestesia local de los profesionales.
5. Evaluaciones mensuales desde PCH de pacientes con patología respiratoria, cardíaca o metabólica a los que se les ha realizado una gasometría arterial.
6. Informar a los profesionales de los resultados de los indicadores evaluados.
7. Presentación de resultados en el Congreso Nacional de SEMES 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Existencia de protocolo actualizado de Gasometría Arterial: SI
2. % Pacientes en los que se administra anestésico local previa a la punción arterial: >90% de los pacientes.
3. % pacientes a los que se les realiza el Test de Allen previo a la punción: 84%.
4. Se llevo a cabo un estudio de casos-controles (desde julio 2016-febrero 2017) . El tamaño muestral fue de 312, siendo 249 los casos y 63 los controles. La distribución por sexos fue similar. El dolor asociado a la técnica lo refirieron como leve en el 95% de los casos y en el 20% de los controles, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. ($p < 0.001$). No hubo diferencias en la aparición de complicaciones entre los 2 grupos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo considera muy positivo el uso de anestésico previa a la punción arterial. Los pacientes con experiencias previas nos lo manifiestan. No hemos tenido ninguna complicación. Nos queda conseguir que cuando no se usa la anestesia previa a la punción los profesionales registren los motivos, ya que el protocolo establece como exclusión la extrema urgencia y la alergia a la anestesia. Durante este año queremos transmitir y formar en el procedimiento a otras unidades del hospital que ya nos lo han solicitado y llevar a cabo una sesión en el Hospital San José a solicitud de la Dirección de Enfermería de dicho Centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/147 ===== ***

Nº de registro: 0147

Título
DISMINUCION DE DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

Autores:
ANDRES SALIENTE AURORA, ESTEBAN IGUAL ADORACION, HERNANDEZ GARCIA LOURDES, CONEJOS LOZANO AURORA, CORTEL VICENTE ANA BENITA, FORNES LOPEZ MARIA TERESA, VICENTE CORTES ROSA, PEREZ LAFUENTE ANA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0147

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON LA ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

Tipo de Objetivos . :
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La punción arterial es una técnica habitual utilizada por los enfermeros de Urgencias, con gran valor en el diagnóstico y seguimiento de la insuficiencia respiratoria. Como técnica cruenta, produce dolor y los pacientes la perciben con rechazo.

En el hospital Obispo en el Polanco en el año 2015 se realizaron 9.196 gasometrías, de las cuales 2.573 fueron gasometrías arteriales. En nuestro Servicio de Urgencias, en el mismo periodo de tiempo se realizaron un total de 6.857 gasometrías de las cuales venosas fueron 5315 y 1542 arteriales, lo que supone el 59,93% del total de las gasometrías arteriales que se llevan a cabo en el hospital.

A pesar de que el uso de anestesia local antes de la punción arterial tiene un nivel de evidencia CATEGORIA IB dentro de la PBE (categorización de los CDC. Centers for Disease Control and Prevención. Atlanta. EEUU) y de que la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) avalan la importancia de su utilización, en la práctica habitual no se utiliza, bien por desconocimiento, bien por creencias erróneas.

El temor y la ansiedad, además del dolor, puede altear los resultados por la hiperventilación asociada.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es la disminución del dolor asociado a la punción arterial utilizando en esta práctica anestesia local previa a la punción, siempre que el algoritmo elaborado en la actualización de este procedimiento no lo contraindique.

Constatar el nivel de conocimiento de los enfermeros en este procedimiento previo a su implantación.

MÉTODO

- Conformar un grupo de trabajo para abordar esta mejora. Realizar una encuesta para objetivar el conocimiento de los enfermeros de urgencias con la practica de administración de anestesia local previa a la GA
- Elaborar un nuevo protocolo de Gasometría Arterial actualizado con las prácticas basadas en la evidencia (PBE) descritas hasta la fecha.
- Difusión de protocolo.
- Formación del personal a cargo de los integrantes del grupo de trabajo.
- Llevar a cabo las modificaciones pertinentes en PCH para su registro adecuado que permita la evaluación de esta práctica y estudios de investigación posteriores
- Elaborar indicadores de evaluación.

INDICADORES

1. Existencia de un protocolo actualizado

2. % de G.A. en las que se utiliza anestesia local

Número de pacientes en los que se administra anestésico local previa punción arterial

Total de pacientes a los que se les realiza una GA

Esperamos conseguir un 80%

3. % de pacientes que manifiestan dolor entre 0-3 en EVA tras punción arterial previa infiltración de anestesia

Número de pacientes que manifiestan dolor entre 0-3 tras punción arterial previa infiltración de anestésico local.

Total de pacientes a los que se les administra anestésico previo a la punción

Esperamos conseguir: 90% - 95%

Se evalúan 15 pacientes / mes consecutivos desde ultimo día hábil hasta conseguir la muestra. (180 pacientes año).

DURACIÓN

Inicio proyecto: septiembre 2016

Resultados definitivos y memoria del proyecto: noviembre 2017

Evaluación de los resultados de la encuesta en relación al conocimiento de esta práctica en las/os enfermeros de urgencias (previo al inicio del proyecto).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0147

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON LA ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

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: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0147

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

Fecha de entrada: 11/12/2018

2. RESPONSABLE AURORA ANDRES SALIENTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEBAN IGUAL ADORACION
HERNANDEZ GARCIA LOURDES
CONEJOS LOZANO AURORA
CORTEL VICENTE ANA BENITA
FORNES LOPEZ MARIA TERESA
VICENTE CORTES ROSA
PEREZ LAFUENTE ANA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SEGUIMIENTO DE INDICADORES DURANTE 2018
DIFUSIÓN DEL PROCEDIMIENTO DONDE SE NOS HA DEMANDADO
DIFUNDIR RESULTADOS EN CONGRESO SEMES Y JORNADAS CIENTÍFICAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- % de pacientes en los que se administra anestésico local previa a la punción arterial > 90%
- El dolor asociado al procedimiento en el 95% de los casos es de 0-3 (leve) en escala EVA.
- Se ha presentado el protocolo en una Sesión de Enfermería en el Hospital San José a cargo de Adoración Esteban y Lourdes Hernández.
- Los resultados del Proyectos se han presentado en un póster en el Congreso Nacional de SEMES y en una comunicación oral en las Jornadas Científicas del Hospital Obispo Polanco.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo después de dos años evaluando este Proyecto considera muy positivo el uso de anestésico previo a la punción arterial, no solo en la opinión de los profesionales, sino también como los propios pacientes nos lo transmiten. En este momento consideramos que es una práctica totalmente implantada en nuestro Servicio, no habiéndose presentado ningún efecto adverso con la misma.

7. OBSERVACIONES.
En el Servicio de Urgencias disponemos de las evaluaciones que avalan la realización de dicho Proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/147 ===== ***

Nº de registro: 0147

Título
DISMINUCION DE DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

Autores:
ANDRES SALIENTE AURORA, ESTEBAN IGUAL ADORACION, HERNANDEZ GARCIA LOURDES, CONEJOS LOZANO AURORA, CORTEL VICENTE ANA BENITA, FORNES LOPEZ MARIA TERESA, VICENTE CORTES ROSA, PEREZ LAFUENTE ANA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

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

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La punción arterial es una técnica habitual utilizada por los enfermeros de Urgencias, con gran valor en el diagnóstico y seguimiento de la insuficiencia respiratoria. Como técnica cruenta, produce dolor y los pacientes la perciben con rechazo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0147

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

En el hospital Obispo en el Polanco en el año 2015 se realizaron 9.196 gasometrías, de las cuales 2.573 fueron gasometrías arteriales. En nuestro Servicio de Urgencias, en el mismo periodo de tiempo se realizaron un total de 6.857 gasometrías de las cuales venosas fueron 5315 y 1542 arteriales, lo que supone el 59,93% del total de las gasometrías arteriales que se llevan a cabo en el hospital.

A pesar de que el uso de anestesia local antes de la punción arterial tiene un nivel de evidencia CATEGORIA IB dentro de la PBE (categorización de los CDC. Centers for Disease Control and Prevención. Atlanta. EEUU) y de que la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) avalan la importancia de su utilización, en la práctica habitual no se utiliza, bien por desconocimiento, bien por creencias erróneas.

El temor y la ansiedad, además del dolor, puede altear los resultados por la hiperventilación asociada.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es la disminución del dolor asociado a la punción arterial utilizando en esta práctica anestesia local previa a la punción, siempre que el algoritmo elaborado en la actualización de este procedimiento no lo contraindique.

Constatar el nivel de conocimiento de los enfermeros en este procedimiento previo a su implantación.

MÉTODO

- Conformar un grupo de trabajo para abordar esta mejora. Realizar una encuesta para objetivar el conocimiento de los enfermeros de urgencias con la practica de administración de anestesia local previa a la GA
- Elaborar un nuevo protocolo de Gasometría Arterial actualizado con las prácticas basadas en la evidencia (PBE) descritas hasta la fecha.
- Difusión de protocolo.
- Formación del personal a cargo de los integrantes del grupo de trabajo.
- Llevar a cabo las modificaciones pertinentes en PCH para su registro adecuado que permita la evaluación de esta práctica y estudios de investigación posteriores
- Elaborar indicadores de evaluación.

INDICADORES

1. Existencia de un protocolo actualizado

2. % de G.A. en las que se utiliza anestesia local

Número de pacientes en los que se administra anestésico local previa punción arterial

Total de pacientes a los que se les realiza una GA

Esperamos conseguir un 80%

3. % de pacientes que manifiestan dolor entre 0-3 en EVA tras punción arterial previa infiltración de anestesia

Número de pacientes que manifiestan dolor entre 0-3 tras punción arterial previa infiltración de anestésico local.

Total de pacientes a los que se les administra anestésico previo a la punción

Esperamos conseguir: 90% - 95%

Se evalúan 15 pacientes / mes consecutivos desde ultimo día hábil hasta conseguir la muestra. (180 pacientes año).

DURACIÓN

Inicio proyecto: septiembre 2016

Resultados definitivos y memoria del proyecto: noviembre 2017

Evaluación de los resultados de la encuesta en relación al conocimiento de esta práctica en las/os enfermeros de urgencias (previo al inicio del proyecto).

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	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 - 2016/0147

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL DOLOR EN LA PUNCION ARTERIAL CON ADMINISTRACION PROTOCOLIZADA DE ANESTESICO LOCAL

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0160

1. TÍTULO

DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LOS PROCESOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION CON LA ELABORACION DE UN MANUAL PRACTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE JOSE RICARDO LAJUSTICIA MORENO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANDRES SALIENTE AURORA
PASTOR PEREZ MARIA JOSE
HERNANDEZ GOMEZ EVA
DOÑATE GONZALVO ROSANA
GUTIERREZ PEREZ MARIA ANGELES
GALVE BLASCO ROSA
GARCIA REMON LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración del manual de limpieza, desinfección y esterilización de los materiales del Servicio de Urgencias.
Envío por correo electrónico a todos los profesionales.
Se lleva a cabo una sesión de información y formación en relación al tema primer semestre de 2017.
Se elaboran documentos de registro para evaluación.
Se adecuan contenedores para llevar a cabo el proceso de limpieza, desinfección y esterilización.
Se elabora una encuesta que valorar los conocimientos adquiridos tras la puesta en funcionamiento del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. El manual esta disponible en formato papel y se ha enviado a todos los profesionales por correo electrónico: SI
2. Realización de una sesión en el Servicio para información y formación de los profesionales: SI. Realizada dentro del calendario de Sesiones del Servicio en el primer semestre de 2017.
3. Se han registrado y firmado todos los cambios de líquido de desinfectante de alto nivel (DAN) que se lleva a cabo los lunes.

4. De los registros se evidencia un incremento de la DAN de materiales semicríticos (50 unidades) en Urgencias, así como queda constancia del procedimiento correcto en todo el material crítico (110 unidades) procesado con DAN.
5. Todos los profesionales TCAES del Servicio manifiestan conocer el manual y la mayoría manifiesta disponer del mismo remitido por correo.

6. Evaluación de conocimientos:

El 93% registra habitualmente los procesos de DAN, el 93% contesta adecuadamente como se realiza el proceso de DAN, el 93% contesta adecuadamente como se lleva a cabo el aclarado tras la DAN del material crítico y 72% para el semicrítico. Aproximadamente el 90% distingue el material crítico y semicrítico.

7. Utilidad del manual

A todas las profesionales les ha resultado útil el manual y ha incrementado sus conocimientos en este proceso, así como saben la importancia del registro para la evaluación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha incrementado la desinfección de alto nivel (DAN) de materiales de urgencias.
Queda constancia del proceso realizado de todos los materiales procesados.
Se han incrementado considerablemente los conocimientos en los procesos de limpieza, desinfección y esterilización en el Servicio de Urgencias.
Se han unificado criterios a la hora de procesar los materiales.
Se ha conseguido que los profesionales valoren la importancia del registro para evaluar los procesos.
Se presento el proyecto y los resultados obtenidos en las Jornadas Científicas de 2017 del Hospital Obispo Polanco en formato póster.

7. OBSERVACIONES.

La alta rotación de profesionales nos lleva a repetir periódicamente sesiones de formación en estos procesos. Aunque se ha mejorado, consideramos mantener el proyecto activo en 2018 para asentar las buenas prácticas.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/160 ===== ***

Nº de registro: 0160

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0160

1. TÍTULO

DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LOS PROCESOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION CON LA ELABORACION DE UN MANUAL PRACTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Título
DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LOS PROCESOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION CON LA ELABORACION DE UN MANUAL PRACTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
LAJUSTICIA MORENO JOSE RICARDO, ANDRES SALIENTE AURORA, PASTOR PEREZ MARIA JOSE, HERNANDEZ GOMEZ EVA, DOÑATE GONZALVO ROSANA, GUTIERREZ PEREZ MARIA DE LOS ANGELES, GALVE BLASCO ROSA, GARCIA REMON LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

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

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejora de los procesos de limpieza, desinfección y esterilización

PROBLEMA
Los procesos de limpieza, desinfección y esterilización son muy importantes a la hora de prevenir la transmisión de infecciones cruzadas hospitalarias. Dadas las características del Servicio de Urgencias, en los que es necesario la utilización de gran cantidad de material de forma urgente, la disponibilidad de nuestra Central de Esterilización, la gran cantidad de pacientes atendidos a lo largo de la jornada, la alta rotación de personal y déficit de conocimiento en algunos aspectos de estos procesos, consideramos abordar el problema con la elaboración de un manual que sirva de guía a la hora de llevar a cabo dichos procesos.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir la variabilidad en los procesos de limpieza, desinfección y esterilización con el fin de contribuir a impedir la transmisión de las infecciones cruzadas hospitalarias, a través de la elaboración y difusión de un manual (formato fichas) que sirva de guía práctica a los profesionales sanitarios de urgencias, que entre sus actividades y tareas desempeñan labores de limpieza, descontaminación, desinfección y esterilización, del material, mobiliario destinado a pacientes, fómites e instrumental médico-quirúrgico.

Asimismo, dadas las características del Servicio de Urgencias y la disponibilidad de la Central de Esterilización de nuestro Hospital, con este manual pretendemos ampliar las posibilidades de la desinfección de alto nivel en las circunstancias en que se pueda hacer uso de ella en materiales semicríticos, en los que por situaciones especiales de gran presión asistencial fuera necesario recurrir a la misma.

Facilitar este procedimiento en los profesionales de nuevo ingreso y la satisfacción general de los profesionales.

MÉTODO

1. Se conforma grupo de trabajo.
2. Se elabora listado de materiales.
3. Se fotografían los materiales
4. Se conforma la estructura del manual:

En la primera parte de manual se recogerán todos los aspectos teóricos que todo el personal que maneja productos y materiales sanitarios deben conocer:

- ¿Qué es un producto sanitario?.
- Simbología del etiquetado productos sanitarios.
- Definiciones referentes a los procesos de esterilización.
- Higiene de manos.
- Descontaminación de superficies y mobiliario clínico.
- Desinfección de aparatos y mobiliario.
- Clasificación de los detergentes.
- Lavado manual. Protecciones.
- Tipos de desinfección.
- Niveles de desinfección.
- Tipos de materiales.
- Desinfectantes de medio/alto nivel desinfectantes de medio/bajo nivel.

En la segunda parte estará compuesta por las fichas de los diferentes materiales, mobiliarios y superficies subsidiarios de limpieza, desinfección o esterilización.

El esquema general será:

- Consideración del material.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0160

1. TÍTULO

DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LOS PROCESOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION CON LA ELABORACION DE UN MANUAL PRACTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

- Normas de limpieza, desinfección y esterilización si procede de cada material.
- Desmontaje y montaje si procede.
- Fotografía del material.
- Enlaces youtube si procede.

5. Elaboración.
6. Difusión.
7. Puesta en funcionamiento.
8. Evaluación.

INDICADORES

1. El manual esta disponible en formato papel y enviado en formato electrónico a todos los profesionales del Servicio de Urgencias.
2. Realización de una sesión de información y formación a todos los profesionales implicados.
3. Registro de los cambios del desinfectante de alto nivel.
4. Registro de materiales procesados con desinfectante de alto nivel. Evaluación de la trazabilidad del proceso.
5. Encuesta de utilidad/ satisfacción del personal con el manual.

DURACIÓN

1. Manual elaborado: noviembre 2016 (ya se ha iniciado).
2. Difusión: sesión formativa y envío a todos los profesionales del Servicio en formato PDF. Diciembre 2016
3. Elaboración de registros de evaluación: diciembre 2016.
4. Elaboración de encuesta de satisfacción: enero 2017.
5. Primera evaluación del proyecto: junio 2017
6. Memoria del proyecto: 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 UTILIZACION DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCION) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0178

1. TÍTULO

UNA ESPERA ENTRETENIDA Y DIDACTICA EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 11/01/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO MARTINEZ OVIEDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H OBISPO POLANCO
· Localidad TERUEL
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE
COSCOLLAR ESCARTIN IRENE
LOPEZ MAS CLARA
TELLEZ SERRANO ALBERTO
BENEDICTO TORRES MARIA PILAR
GARCIA GARCIA PILAR
GARCIA CIRUGEDA GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

se colocó un monitor de TV en la sala de espera de urgencias en marzo.
en abril. Se editaron 2 vídeos de unas 2 horas con contenido didáctico sobre urgencias y salud pública, el vídeo pasa en forma de bucle durante el periodo de 9 a 22 h.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

la satisfacción con el proyecto es alta, tanto de los profesionales que lo realizan como del público que lo ha recibido.
Encuestas de satisfacción, el 90% lo encuentra útil y entretenido.
La reclamaciones por demora son ligeramente inferiores a las del año previo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La sala de espera de urgencias es un lugar donde se pasa bastante tiempo, con distintas preocupaciones. Este material les ayuda a llevar mejor la espera, entretenerse y ya de paso aprender algo sobre cuidados en salud.

7. OBSERVACIONES.

el espacio wifi no ha sido posible crearlo por problemas técnicos.
El monitor de la sala de espera en ocasiones está apagado por problemas con mantenimiento del bucle de la película.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/178 ===== ***

Nº de registro: 0178

Título
UNA ESPERA ENTRETENIDA Y DIDACTICA EN URGENCIAS

Autores:
MARTINEZ OVIEDO ANTONIO, BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE, COSCOLLAR ESCARTIN IRENE, LOPEZ MAS CLARA, TELLEZ SERRANO ALBERTO, BENEDICTO TORRES MARIA PILAR, GARCIA GARCIA MARIA PILAR, GARCIA CIRUGEDA GEMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cualquier patologia urgente
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La frecuente saturación de los servicios de urgencias genera una espera, en ocasiones prolongada para ser atendidos o recibir los resultados. Dicha espera con frecuencia genera inquietud, aburrimiento, desesperación y enfado de los usuarios del Servicio de Urgencias, siendo éste uno de los puntos que merma la calidad del servicio prestado por esta Unidad. Además suele existir una desinformación sobre el proceso de atención de urgencias y las normas de la unidad. Otros proyectos de gestión muy importantes van encaminados a disminuir dicha espera. En este proyecto se pretende paliar dicha espera haciéndola más llevadera, entretenida con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0178

1. TÍTULO

UNA ESPERA ENTRETENIDA Y DIDACTICA EN URGENCIAS

contenidos de educación para la salud y paneles explicativos del proceso de atención en Urgencias.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la información del proceso de atención en urgencias. Disminuir la ansiedad y el aburrimiento de la espera para ser atendidos. Aumentar la educación sanitaria de los procesos más frecuentes. Como objetivo secundario se espera una disminución de las reclamaciones por espera a ser atendidos, al disminuir la desinformación del proceso de atención y hacer más llevadero el tiempo de espera.

MÉTODO

- a) Se pretenden instalar 2 monitores en el Servicio de Urgencias, uno en la sala de espera de familiares y otro en la sala de Espera de resultados. En dichos monitores se expondrán:
- Diagramas del proceso de atención en Urgencias (proceso de triaje, medicación, atención boxes, radiología, sala observación, ingresos) junto con las normas y recomendaciones de la Unidad más importantes.
 - Educación para la salud: recomendaciones de la Sociedad Española de Urgencias (SEMES) y otras Sociedades, sobre los procesos de salud más importantes mediante vídeos y paneles explicativos.
 - Iniciativas solidarias
- b) Crear una zona wifi 2.0 en el Servicio de Urgencias, que permita el acceso libre a internet en dichas estancias.

INDICADORES

La evaluación se llevará a cabo mediante encuestas de satisfacción a los usuarios. Se valorará también el número de reclamaciones por demora en la asistencia en comparación con años previos como indicador secundario.

DURACIÓN

Durante el último trimestre de 2016 se pondrá en marcha la instalación de los monitores en las salas de espera. Confección del material audiovisual a exponer.

Durante el primer trimestre-segundo de 2017 se crearía el espacio wifi.

Encuestas y evaluación cuarto trimestre 2017.

OBSERVACIONES

La sala de espera de Urgencias es un magnifico escaparate para la información y educación sanitaria, ya que por ella pasan al año miles de usuarios y familiares.

Queda pendiente la adquisición del 2º monitor para la sala de espera de resultados.

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 - 2016/0868

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROYECTO DE INSULINIZACION PARA PACIENTES INGRESADOS

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE JUSTO MANUEL VILLALBA GARCIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H OBISPO POLANCO
- Localidad TERUEL
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS
FATAHI BANDPEY BEHROUZ
RODERO ALVAREZ FERNANDO
VICARIA WITTIG GUSTAVO
SANCHIS YAGO BEATRIZ
VERDES SANZ GUAYENTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado sesión clínica en el Servicio de Urgencias.

Se inició la redacción del protocolo (ha quedado, de momento, inconclusa por el cambio de puesto de trabajo de 3 de los integrantes del equipo, incluyendo a la especialista en Endocrinología)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se comentó y se consensó con la dirección del centro que el protocolo habría de incluir e integrar a otros servicios del hospital (especialmente Medicina Interna) para garantizar la continuidad del mismo.

No se ha incluido aún en el acuerdo de gestión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se precisa de la inclusión de otros servicios puesto que la pretensión es que sea un protocolo que se siga en todo el hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/868 ===== ***

Nº de registro: 0868

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE INSULINIZACION PARA PACIENTES INGRESADOS

Autores:
VILLALBA GARCIA JUSTO MANUEL, LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS, FATAHI BANDPEY BEHROUZ, RODERO ALVAREZ FERNANDO, FERNANDEZ MADRUGA RAMON, VICARIA WITTIG GUSTAVO, SANCHIS YAGO BEATRIZ, VERDES SANZ GUAYENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
. La diabetes es una enfermedad de elevada prevalencia en nuestro medio y, por sí sola, supone un apreciable incremento en la morbimortalidad, más aún cuando coexiste con otras patologías agudas o crónicas. De forma habitual se atiende en los servicios de urgencia a numerosos pacientes diabéticos, siendo necesario un adecuado control de las cifras de glucemia aún en el caso de no ser este el motivo de su atención. Es frecuente que para el control glucémico se aplique una pauta móvil de insulina, a pesar de que numerosos estudios han demostrado que no es la forma más eficaz ni la mejor.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es la aplicación de nuevas pautas de insulinización (bolo-basal+corrección) con la finalidad de un mejor control glucémico de los pacientes, disminución de la morbimortalidad y de la estancia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0868

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROYECTO DE INSULINIZACION PARA PACIENTES INGRESADOS

hospitalaria. Además, un mejor conocimiento y tratamiento de la diabetes mellitus.

MÉTODO

- Conformar un grupo de trabajo para abordar esta mejora. Realización de encuesta para objetivar el conocimiento de médicos, residentes y enfermeros en el servicio de urgencias de las pautas adecuadas de insulinización, así como de la necesidad de un adecuado control glucémico.
- Elaboración de un protocolo de insulinización a aplicar en el servicio de urgencias y que pueda tener continuidad durante la hospitalización.
- Difusión del protocolo.
- Formación del personal a cargo de los integrantes del grupo de trabajo.
- Realizar las modificaciones precisas en el PCH para su adecuado registro, evaluación y estudios posteriores.
- Elaborar indicadores de evaluación.

INDICADORES

- Existencia de un protocolo actualizado
- % de pacientes en el que se utiliza la nueva pauta/total de pacientes diabéticos que ingresa
Esperamos conseguir un 80%
- % de pacientes que siguen con la misma pauta durante su estancia en planta/del total iniciado en urgencias
Esperamos conseguir 75%
- Pauta de tratamiento al alta en pacientes que ingresan en planta/de los iniciados en urgencias

Se evaluarán 15 pacientes/mes consecutivos desde el último día hábil hasta conseguir la muestra (100).

DURACIÓN

Inicio proyecto: 10/2016

1.- elaboración del protocolo: 01/2017

2.- difusión del protocolo: 03/2017

Resultados definitivos y memoria del proyecto: 11/2017

Evaluación de los resultados de la encuesta en relación al conocimiento de esta pauta en médicos, residentes y enfermeros en el servicio de urgencias.

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 : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **