

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

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
AL	AP	CS ALCAÑIZ	ALBESA BENAVENTE INMACULADA	2016_1136	F	26/01/2018	IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO
AL	AP	CS ALCAÑIZ	AMESTOY CHIESA MARCELA	2016_1491	S1	12/02/2018	CAMINATAS CARDIO-SALUDABLES EN TORRECILLA DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	TELMO HUESO SIRA	2016_1495	F	19/02/2018	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS ALCAÑIZ	MARTINEZ ARRIAZU SIXTO JOSE	2016_1521	S1	01/02/2018	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS
AL	AP	CS ALCAÑIZ	GAN GARGALLO MARIA CARMEN	2016_1522	F	02/02/2018	GESTION DE LA CITA INDEMEMORABLE EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	CASTELLANO JUSTE ISABEL	2016_1608	F	01/02/2018	GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	AGUILAR JULIAN MARTA	2016_1612	F	08/11/2018	GESTION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN SERVICIOS DE URGENCIAS
AL	AP	CS ALCAÑIZ PEDIATRIA	MARTINEZ ARRIAZU SIXTO JOSE	2016_1521	F	27/02/2019	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS
AL	AP	CS ALCORISA	SANCHEZ-CELAYA DEL POZO CARMEN	2016_0274	F	26/01/2018	TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES DE UN INSTITUTO DE EDUCACION SECUNDARIA PUBLICO EN LA PROVINCIA DE TERUEL
AL	AP	CS ALCORISA	TRILLO CALVO EVA	2016_0372	F	26/01/2018	PROGRAMA DE EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA CUADRILLAS FORESTALES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL
AL	AP	CS ALCORISA	MARTIN MARTIN JORGE	2016_1369	S1	24/01/2018	GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA
AL	AP	CS ALCORISA	GOMEZ TENA GORETTI	2016_1370	S1	24/01/2018	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001
AL	AP	CS ALCORISA	GIL VALERO CARLOS PASCUAL	2016_1371	F	24/01/2018	MEJORA DE LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS
AL	AP	CS ANDORRA ADMISION Y DOCUMENTACION	GALVE CIERCOLES ROSA MARIA	2016_1487	S1	10/01/2018	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA ADMISION Y DOCUMENTACION	GALVE CIERCOLES ROSA MARIA	2016_1487	F	22/02/2019	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA	GARCIA LOPEZ ANA MARIA	2016_0404	S1	04/01/2018	ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRAL A LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA	EGEA CANO MONTSERRAT	2016_0420	S1	20/12/2017	TALLER AFECTIVO SEXUAL EN EL IES DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA	GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL	2016_0477	S1	19/01/2018	CHECKING DEL MATERIAL DE SUTURA EN LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD
AL	AP	CS ANDORRA	VAQUE BIELSA MARIA PILAR	2016_1137	S2	24/01/2018	IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO
AL	AP	CS ANDORRA	VAQUE BIELSA MARIA PILAR	2016_1137	F	11/02/2019	IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO ATENCION INTEGRAL A LA EPOC
AL	AP	CS ANDORRA	FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN	2016_1147	S1	15/01/2018	FORMACION A LA COMUNIDAD EN PRIMEROS AUXILIOS
AL	AP	CS ANDORRA	MARTINEZ AYALA ENRIQUE	2016_1335	S1	04/01/2018	INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE
AL	AP	CS ANDORRA	MARTINEZ AYALA ENRIQUE	2016_1335	F	25/02/2019	INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE
AL	AP	CS ANDORRA	LOPEZ SAURAS SUSANA	2016_1466	S1	18/01/2018	CONSULTA CONTROL OBESIDAD
AL	AP	CS ANDORRA	LOPEZ SAURAS SUSANA	2016_1466	F	05/02/2019	CONSULTA CONTROL OBESIDAD
AL	AP	CS ANDORRA	TRILLO SALLAN ESTHER	2016_1710	S1	29/01/2018	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON ISO 9001:2016 EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	REPOLLES PERALTA PATRICIA	2016_0488	F	17/01/2018	TALLER DE CRIANZA PARA MADRES Y PADRES
AL	AP	CS CALACEITE	GUILLEN MARIN JOSE MANUEL	2016_1355	S1	05/02/2018	GESTION DEL ALMACEN EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE
AL	AP	CS CALACEITE	GIL MOLINOS MARTA	2016_1356	S1	05/02/2018	MANOS RELUCIENTES
AL	AP	CS CALANDA	BARDAJI RUIZ BEATRIZ	2016_0161	F	07/02/2018	PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN LA POBLACION ADOLESCENTE
AL	AP	CS CALANDA	SANZ ALMALE ALFREDO	2016_1367	F	01/02/2018	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION 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: 133 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							SALUD: EDUCACION DIABETOLOGICA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL
AL	AP	CS CALANDA	LLORCA CAMARASA MIGUEL	2016_1442	F	01/02/2018	IMPLANTACION DE NUEVAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA
AL	AP	CS CALANDA	FERRANDO AZNAR CLARA	2016_1443	F	01/02/2018	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS CALANDA	DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES	2016_1444	F	07/03/2019	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS
AL	AP	CS CALANDA	DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES	2016_1444	F	01/02/2018	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS
AL	AP	CS CALANDA	CHAMOCHO OLMOS ELVIRA	2016_1781	F	14/02/2018	ATENCION COMUNITARIA EN PRIMEROS AUXILIOS EN EL AMBITO ESCOLAR DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE CALANDA
AL	AP	CS CANTAVIEJA	GOMEZ SILVESTRE MANUELA	2016_0018	F	25/01/2018	ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA
AL	AP	CS CANTAVIEJA	GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION	2016_1514	F	25/01/2018	GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA
AL	AP	CS CANTAVIEJA	SANJUAN DOMINGO RAQUEL	2016_1515	F	02/02/2018	GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA
AL	AP	CS CANTAVIEJA	CUCALON LAFUENTE MARCELINO	2016_1516	F	16/02/2018	MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL CENTRO SALUD CANTAVIEJA 2016
AL	AP	CS CANTAVIEJA	PAULO FUERTES ROSARIO ANA	2016_1523	F	25/01/2018	TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL
AL	AP	CS CASPE ADMISION Y DOCUMENTACION	MORENO COLAS BELEN	2016_1438	F	04/02/2018	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS
AL	AP	CS CASPE	CEBRIAN FRANCO MILAGROS	2016_0079	F	01/02/2018	ELABORACION DE UN PROTOCOLO BASICO DE ATENCION A LAS INTOXICACIONES AGUDAS EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO Y LA CREACION DE UN MALETIN DE URGENCIAS PARA TAL FIN
AL	AP	CS CASPE	GUIU CAMPOS MIGUEL	2016_0184	F	22/02/2019	UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS CASPE	GUIU CAMPOS MIGUEL	2016_0184	F	03/02/2018	UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS CASPE	CALONGE VERGARA MARIA ISABEL	2016_1135	F	03/02/2018	IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO
AL	AP	CS CASPE	COSTA MONTAÑES ROSA MARIA	2016_1344	F	03/02/2018	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS HIJAR	RIOS LAZARO MIGUEL	2016_0400	F	20/02/2018	MEJORA DEL MALETIN DE URGENCIAS EN LA UNIDAD MOVIL DEL CENTRO DE SALUD DE HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO	2016_1453	S1	14/02/2018	GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA
AL	AP	CS HIJAR	LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA	2016_1465	S1	20/02/2018	MEJORA EN LA EFICIENCIA EN FARMACIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO	2016_1465	F	26/02/2019	MEJORA DEL PROCESO DE INTERVENCION EN LOS INDICADORES DE URM DE MEDICINA DE FAMILIA
AL	AP	CS MAELLA	PARDOS CAMACHO ANDRES	2016_1345	S1	09/02/2018	GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA
AL	AP	CS MAELLA	PARDOS CAMACHO ANDRES	2016_1345	F	15/02/2019	GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA
AL	AP	CS MAELLA	SARTOLO ROMEO MARIA TERESA	2016_1346	F	15/02/2018	GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA
AL	AP	CS MAELLA	GIMENEZ ANDRES FABIOLA	2016_1347	F	16/02/2018	MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAELLA
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	SALESA ALBALATE ALBERTO	2016_0155	S1	16/06/2017	INTRODUCCION A LA RCP BASICA EN LAS ZONAS DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS Y CALANDA
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	CASTAN BARRIO JOSE ANGEL	2016_1422	F	09/02/2018	CUMPLIMIENTO DEL ACUERDO DE GESTION 2017. CUMPLIMIENTO DE ATENCION A PACIENTES DIABETICOS 2017. CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS DE FARMACIA 2017
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	BORRAZ MIR PILAR	2016_1441	S1	12/02/2018	MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	VILLALBA MIR ANA PILAR	2016_1497	S1	15/02/2018	¿ESTA LATENTE EL CONSEJO DE SALUD DEL MAS?
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	SANCHEZ GORRIZ TERESA	2016_1498	F	16/01/2018	CONSULTA TELEFONICA NO PRESENCIAL. CITA MEDICA VIA MOVIL, ACCESO A CITA ESPECIALIZADA (SOLICITUD DE PIN), RECETAS MEDICAS DE ARAGON EN OTRAS COMUNIDADES

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

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
AL	AP	CS MUNIESA	NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA	2016_1016	F	02/02/2018	MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISLIPEMIA PARA DISMINUIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETES TIPO II
AL	AP	CS MUNIESA	FESSENDEN GOMEZ JESSICA	2016_1352	F	08/02/2019	DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL C.S. MUNIESA
AL	AP	CS MUNIESA	FESSENDEN GOMEZ JESSICA	2016_1352	F	27/01/2018	DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL C.S.MUNIESA
AL	AP	CS MUNIESA	DE MINGO USON MIGUEL ANGEL	2016_1353	F	31/01/2018	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS MUNIESA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	REPOLLES PERALTA PATRICIA	2016_1354	F	24/01/2018	INFORMACION SOBRE ANTICONCEPCION EN LA POBLACION MUSULMANA DEL CS MUNIESA
AL	AP	CS VALDERROBRES	DEL GALLEGO MOLIAS ANA	2016_1458	S1	24/01/2018	GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA
AL	AP	CS VALDERROBRES	DEL GALLEGO MOLIAS ANA	2016_1458	F	26/02/2019	GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA
AL	AP	CS VALDERROBRES	DEL GALLEGO MOLIAS ANA	2016_1458	F	15/01/2020	GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA
AL	AP	CS VALDERROBRES	ZAPATER MONSERRAT MATILDE	2016_1459	S1	13/02/2018	MEJORA DE LA EFICACIA DEL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES
AL	AP	CS VALDERROBRES	LACAMBRA ORGILLES ELENA	2016_1460	F	01/02/2018	OPTIMIZACION DE LOS MALETINES DE URGENCIAS, CARRO DE PARADA DE LA SALA DE URGENCIAS Y EQUIPAMIENTO DEL VEHICULO DEL C.S.VALDERROBRES
AL	AP	CS VALDERROBRES	GRANERO LAZARO MATILDE	2016_1512	S1	21/02/2018	SALVAVIDAS
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO	2016_1115	S2	14/01/2019	INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	TURON ALCAINE JOSE MARIA	2016_1115	F	28/01/2020	ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA EPOC
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	LLORENS PALANCA MARIA DOLORES	2016_1116	S2	14/01/2019	ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	LLORENS PALANCA MARIA DOLORES	2016_1116	F	30/01/2020	ESTRATEGIA DE CAPTACIÓN POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CÁNCER DE CÉRVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	LLORENS PALANCA MARIA DOLORES	2016_1717	F	02/02/2018	IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA DE EVALUACION DE ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA EN LOS PACIENTES DIABETICOS
AL	AP	DAP ALCAÑIZ DIRECCION	GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO	2016_1115	S1	02/02/2018	INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO
AL	AP	DAP ALCAÑIZ UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	TURON ALCAINE JOSE MARIA	2016_1117	S1	12/02/2018	GESTION DEL CUADRO DE MANDO DE DIABETES
AL	AP	DAP ALCAÑIZ UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	TURON ALCAINE JOSE MARIA	2016_1122	F	12/02/2018	MANTENIMIENTO DE LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	H ALCAÑIZ FARMACIA HOSPITALARIA	GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU	2016_0753	F	26/01/2018	CREACION DEL GRUPO DE TRABAJO E IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS (PROA) EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANESTESIA Y REANIMACION	MARIN ABAD TERESA	2016_0032	S1	19/02/2018	PROTOCOLO PARA UTILIZACION DE ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA, PROTESIS TOTAL DE RODILLA Y FRACTURA DE CADERA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANESTESIA Y REANIMACION	JUDEZ LEGARISTI DIEGO	2016_0811	F	28/03/2018	ENCUESTA DE SATISFACCION CONTROL DEL DOLOR POST OPERATORIO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANESTESIA Y REANIMACION	CALDERON AGUIRRE PATRICIA	2016_1562	S2	14/01/2019	PROCESO DE CIRUGIA AMBULATORIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ BIOQUIMICA CLINICA	SOLE LLOP MARIA ESTHER	2016_0660	F	02/02/2018	PLAN DE MEJORA DE LAS EXTRACCIONES SANGUINEAS DE URGENCIAS EN HOSPITAL DE ALCAÑIZ PARA EVITAR LAS HEMOLISIS EN LAS MUESTRAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ BLOQUE QUIRURGICO	BONO LAMARCA MARIA TERESA	2016_0252	F	11/02/2018	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ENFERMERIA EN PACIENTES ALERGICOS AL LATEX; IDENTIFICACION, NORMAS ACTUACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ BLOQUE QUIRURGICO	ALTABA SANZ BEATRIZ	2016_0577	F	04/02/2018	IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LOS COMPONENTES DE LAS PROTESIS TOTALES Y PARCIALES DE RODILLA Y CADERA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	MONTAÑES FOZ MARTA	2016_1505	F	16/06/2017	RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL PACIENTE OSTOMIZADO AL ALTA

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

Sector ALCAÑIZ							
Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
AL	HOSP	H ALCAÑIZ CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN	2016_1500	S1	16/02/2018	RECOMENDACIONES AL ALTA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DIGESTIVO	LACARTA GARCIA PEDRO	2016_1168	F	17/01/2018	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ERRADICADOR DEL HELICOBACTER PYLORI EN ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DIRECCION	AGUD CARDONA MONICA	2016_1116	S1	02/02/2018	ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	GRACIA GIMENO PAOLA	2016_0053	F	07/02/2018	IMPLANTACION DEL INDICE CONUT (CONTROL NUTRICIONAL) PARA LA DETECCION DE LA DESNUTRICION HOSPITALARIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ENFERMERIA	MARTINEZ UBIETO FERNANDO	2016_0812	F	30/01/2018	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE SISTEMAS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA (TPN) EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ENFERMERIA	BLASCO GIL SILVIA	2016_0819	F	30/01/2018	PROCEDIMIENTO DE GESTION DE HERIDAS CRONICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ESTERILIZACION	RODRIGUEZ ALBA SUSANA	2016_0215	F	20/02/2018	MONITORIZACION INFORMATICA DEL REGISTRO DE LAVADO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ESTERILIZACION	GONZALEZ VAQUERO CARMEN	2016_0216	F	20/02/2018	REGISTRO INFORMATIZADO DE MATERIAL EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ FARMACIA HOSPITALARIA	VARELA MARTINEZ ISABEL	2016_0037	F	06/02/2018	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL AREA DE PACIENTES AMBULANTES HEMATOLOGICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ FARMACIA HOSPITALARIA	FERNANDEZ ALONSO EDGAR	2016_1485	F	17/01/2018	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ FARMACIA HOSPITALARIA	ALONSO TRIANA YARA MARIA	2016_1610	F	13/02/2018	INCREMENTAR LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD DE LA DISPENSACION DE FARMACOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE BOTIQUINES
AL	HOSP	H ALCAÑIZ HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	SANCHO VAL LUIS IGNACIO	2016_0135	S1	15/02/2018	ELABORACION E IMPLANTACION DEL PROGRAMA PARA LA OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN PACIENTE NEUTROPENICO CON NEOPLASIA MALIGNA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ INFORMATICA	RECHE SABATER ALBERTO	2016_1611	S1	17/01/2018	INFORMATIZACION DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA INTERNA	RUIZ MARISCAL MARIA	2016_0314	S1	14/01/2018	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ASISTENCIA DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	CALDERON MEZA JOSE MANUEL	2016_1262	S1	15/02/2018	CIRCUITO DE VACUNACION EN PACIENTES CON ALGUN GRUPO DE RIESGO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	ARRIBAS GARCIA JORGE	2016_0288	F	13/02/2018	ELABORACION E INMPLANTACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEFROLOGIA	GRACIA GARCIA OLGA	2016_1173	S1	10/02/2018	INCLUSION ANTICIPADA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUMOLOGIA	HEREDIA FERRER LOURDES	2016_1179	F	06/03/2018	PROCEDIMIENTOS SERVICIO NEUMOLOGIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUMOLOGIA	ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA	2016_1313	F	19/01/2018	PROCEDIMIENTO DE COORDINACION AL PACIENTE FUMADOR EN EL SECTOR ALCAÑIZ ENTRE LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUROLOGIA	MUÑOZ BERNAD TAMARA	2016_0699	F	31/01/2018	DETECCION DISFAGIA EN PACIENTES AMBULATORIOS NEUROLOGICOS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUROLOGIA	MUÑOZ FARJAS ELENA	2016_0944	F	31/01/2018	IMPLANTACION DE UN AREA DE ICTUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	LAHOZ PASCUAL ISABEL	2016_0131	F	09/05/2018	PROCESO DE ATENCION AL PARTO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	GUTIERREZ SABIO MARIA FRANCISCA	2016_0941	F	08/02/2018	FAVORECER EL CONTACTO PIEL CON PIEL MADRE-HIJO EN EL AREA DEL PARTORIO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OFTALMOLOGIA	LATRE REBLED BEATRIZ	2016_0015	F	24/01/2018	ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO PREOPERATORIO EN LA INTERVENCION DE CATARATA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OFTALMOLOGIA	CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER	2016_1180	F	31/01/2018	REVISION, ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ	REAL CORDERO ESPERANZA	2016_0730	F	23/01/2018	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACION 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: 133 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		ONCOLOGIA MEDICA					TRATAMIENTOS EN EL HOSPITAL DE DIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ONCOLOGIA MEDICA	ALVAREZ ALEJANDRO MARIA	2016_0898	F	20/02/2018	OPTIMIZAR EL ACCESO A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE ONCOLOGICO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OTORRINOLARINGOLOGIA	MOLINER PEIRO FERNANDO	2016_1281	F	11/04/2018	INFORMATIZACION DE GRAFICAS DE AUDIOMETRIAS EN UN SERVIDOR SEGURO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	CLAVERO MONTAÑES NURIA	2016_0138	F	22/02/2018	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA INDICACION DE SUPLEMENTOS DE FORMULA DE INICIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	ORDEN RUEDA CLAUDIA	2016_0191	F	20/02/2018	IMPLANTACION DE UN LIBRO DE ACOGIDA PARA FAMILIARES DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	OCHOA GOMEZ LAURA	2016_0212	F	20/02/2018	MONITORIZACION DE LAS PRACTICAS HOSPITALARIAS DE ATENCION AL PARTO Y LACTANCIA MATERNA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	PALOMAR JOVEN MARTA	2016_0609	F	16/02/2018	DETECCION PRECOZ DE GRIETAS TRAS EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	LOPEZ SANCHO JOSE MARIA	2016_0519	F	23/02/2018	GESTION COORDINADA DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y EMPRESA, EN CASO DE ACCIDENTES, INCIDENTES LABORALES Y ENFERMEDAD PROFESIONAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PSIQUIATRIA	DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA	2016_1315	F	14/02/2018	PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL DE ALCAÑIZ EN TRATAMIENTO CON INTERDICTORES DE ALCHOL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	LUCEA SODRIC SUSANA	2016_0219	F	30/01/2018	PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON ICTUS AGUDO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	LOPEZ GONZALO ISABEL	2016_0253	F	06/02/2018	MANUAL DE ACOGIDA DEL SERVICIO DE REHABILITACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA	2016_1317	F	31/01/2018	RECOMENDACIONES Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN LA MOVILIZACION DE PACIENTES
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA	2016_1319	F	31/01/2018	INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REUMATOLOGIA	CASORRAN BERGES MARTA	2016_0099	F	31/01/2018	PROYECTO DE MEJORA DIAGNOSTICA DE LA ESPONDILOARTRITIS ASOCIADA A UVEITIS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	MARTINEZ FERRI MARIA JOSE	2016_0951	F	14/01/2018	IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ URGENCIAS	CRUZ LOPEZ ANA MARIA	2016_0421	F	08/02/2018	PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UROLOGIA	GIL ORTIGOSA MARIA LUISA	2016_0585	F	21/02/2018	ESTANDARIZACION DEL MANEJO MEDICO Y DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA ENDOSCOPICA UROLOGICA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UROLOGIA	ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER	2016_1242	F	20/02/2018	IMPLANTACION DE LA RESECCION BIPOLAR TRANSURETRAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UROLOGIA	ANDRES LOPEZ VANESA	2016_1502	S1	19/06/2017	PROYECTO DE MEJORA PARA LA REVISION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE HOSPITALIZACION DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	USM ALCAÑIZ PSIQUIATRIA	BECERRA DARRIBA HELENA	2016_0213	F	15/02/2018	PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON LITIO EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	USM ALCAÑIZ SALUD MENTAL	GONZALEZ PANZANO MANUEL	2016_0214	F	14/02/2018	PROGRAMA DEL CONTROL Y ALERTA DE RETIRADA DE PSICOFARMACOS POR REACCION ADVERSA Y/O MALA TOLERANCIA EN HISTORIA CLINICA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1136

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE INMACULADA ALBESA BENAVENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AMESTOY CHIESA MARCELA
SENDER ALEGRE LAURA
CASTELLANO JUSTE ISABEL
AGUILAR JULIAN MARTA
PIRVULESCU MARIANA
FACI OLMOS MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Elaboración de un procedimiento de intervención en tabaquismo. Se ha elaborado a nivel de sector, por grupo de trabajo de sector en el que hemos participado, aunque se va a difundir en este primer trimestre de 2018.
- Sesiones formativas. Se ha informado a los profesionales médicos y de enfermería del procedimiento de intervención, y se ha incluido en el contrato de gestión de mac y eac los indicadores relacionados con el tabaquismo. Se ha formado a 3 profesionales en la realización de espirometrías, y se ha hecho hincapié sobre la necesidad de derivación para realización de espirometrías a los fumadores entre 50 y 80 años.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco: hemos pasado del 41,75% en Diciembre de 2016 al 50,33%.
- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco: hemos alcanzado nuestro máximo histórico en un 48,77%, aumentando considerablemente el indicador de intervención, lo que valoramos especialmente en un centro con elevada demanda.
- % de pacientes fumadores entre 50-80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años. El resultado está en estos momentos en un 25% equidistante de los estándares mínimo y excelente del sector.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La acción coordinada de la formación y la inclusión de los indicadores en contrato de gestión individualizado ha conseguido que nuestro centro de salud haya roto el techo del 40% en la intervención de tabaquismo, incrementando simultáneamente la detección de fumadores. Como es un indicador con ventana temporal de dos años, confiamos en mejorar significativamente al año que viene.
- El dato de espirometrías es mejorable. Confiamos en que la difusión del programa favorezca la petición de espirometrías.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1136 ===== ***

Nº de registro: 1136

Título
IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

Autores:
TELMO HUESO SIRA, AMESTOY CHIESA MARCELA, SENDER ALEGRE LAURA, ALBESA BENAVENTE INMACULADA, CASTELLANO JUSTE ISABEL, AGUILAR JULIAN MARTA, PIRVULESCU MARIANA, FACI OLMOS MIRIAM

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

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 - 2016/1136

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

PROBLEMA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.

Reiteradamente nuestro centro de salud suele obtener resultados por debajo de los estándares del SALUD en los indicadores relacionados con el tabaquismo:

- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco
- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco.

Creemos que la causa es falta de sensibilización del personal y falta de confianza en el consejo antitabaco. Además está el hecho de que la población fumadora suele ser joven y varones que hacen más uso de los servicios de atención continuada que de la consulta ordinaria

RESULTADOS ESPERADOS

- Incrementar la cobertura de atención al tabaquismo
- Incrementar la implementación del consejo antitabaco
- Reducir la prevalencia de tabaquismo

MÉTODO

- Elaboración de un procedimiento de intervención en tabaquismo
- Sesiones formativas
- Implicación de los profesionales de atención continuada en la detección e intervención breve.

INDICADORES

- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco
- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco.

Fuente: cuadro de mando

DURACIÓN

Marzo-Abril: Elaboración del procedimiento
Mayo: Difusión del procedimiento
Junio-Diciembre: Monitorización de indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1491

1. TÍTULO

CAMINATAS CARDIO-SALUDABLES EN TORRECILLA DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MARCELA AMESTOY CHIESA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SORRIBAS MARTIN MIRIAM
ARENZANA GARCIA SARA
LAMBEA SALVADOR ESTHER
CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA
COLMENERO QUILEZ ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El programa no se ha podido llevar a cabo de momento, ya que el tiempo no ha permitido realizar salidas matutinas, por otro lado la falta de médicos, ha obligado a doblar consultas médicas en diferentes pueblos desde antes del periodo estival, por lo que no ha dejado tiempo suficiente para coordinar de forma adecuada la actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aunque no se ha realizado la actividad, la población sigue motivada en la realización de la misma ya que preguntan y se interesan por el inicio de las mismas.
De hecho la ruta ya se diseñó, y hay pacientes que la realizan de forma individual o en pequeños grupos, acudiendo posteriormente a la consulta médica e informando de resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que haberse podido ejecutar en el periodo marcado de Julio a Noviembre, los resultados hubieran sido muy buenos, ya que no solo hubieran participado los habitantes habituales de la población sino también los residentes temporales.
Se prevé reiniciar la actividad en marzo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1491 ===== ***

Nº de registro: 1491

Título
CAMINATAS CARDIO-SALUDABLES EN TORRECILLA DE ALCAÑIZ

Autores:
AMESTOY CHIESA MARCELA, SORRIBAS MARTI MIRIAM, TELMO HUESO SIRA, SENDER ALEGRE LAURA, ARENZANA GARCIA SARA, LAMBEA SALVADOR ESTHER, CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA, COLMENERO QUILEZ ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el cuidado del individuo es fundamental encontrar un equilibrio en sus hábitos higiénico-dietéticos que incluyen una alimentación sana, el ejercicio y el sueño reparador. Creemos que si motivamos a la población para iniciar una actividad en conjunto con pautas concretas para realizar un ejercicio se podría concientizar a la misma de la importancia que tiene el ejercicio en su buen estado general

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar el interés de la población por modificar sus hábitos sedentarios de vida para mejorar su calidad de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1491

1. TÍTULO

CAMINATAS CARDIO-SALUDABLES EN TORRECILLA DE ALCAÑIZ

vida.

MÉTODO

Establecer un día a la semana con un horario concreto donde reunir a aquellos que estén interesados en participar de las caminatas.

Nombrar dos responsables dentro del grupo que sean los encargados de llevar a cabo los recorridos.

Determinar diferentes rutas para cada día.

Previo a la caminata realizar ejercicios de estiramiento.

Al finalizar la caminata repetir los ejercicios de estiramiento.

INDICADORES

Trascurridos dos meses de iniciado el proyecto se pasará una encuesta para valorar la motivación de los participantes y recoger sugerencias para ir mejorando la actividad.

DURACIÓN

JULIO A NOVIEMBRE DE 2017, una vez a la semana

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 - 2016/1495

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE SIRA TELMO HUESO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARENZANA GARCIA SARA
CLAVIER ESCANILLA ESTEFANIA
ALBESA BENAVENTE INMACULADA
GRACIA JOSA SONIA
PIRVULESCU MARIANA
GASCA BEL LORENZO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Gestión de indicadores:

- Se ha alcanzado una mejora importante en los de enfermería y los de diabetes, que se detallan en el proyecto "Gestión de indicadores en enfermería".

- Los indicadores de antibióticos en pediatría han mejorado modestamente, a pesar de la comunicación realizada... El indicador de prescripción en faringoamigdalitis en pediatría, obteniendo una mejora de un 5,5% (hemos pasado del 58,44% al 63,9%), mientras que en el de antibioterapia en otitis hemos pasado de un 77,33% a un 80,96%, existiendo espacio para la mejora en 2018..

-Eficiencia en visitas: Se desarrolla en proyecto aparte

2. Actividades relacionadas con los procedimientos ISO:

En cuanto a los procedimientos básicos de ISO se han revisado en auditoria interna y externa y se ha hecho la revisión por la dirección.

- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes. No se han detectado problemas en 2017

- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave. La auditoria externa realizada en Andorra encontró una pinza esterilizada hace más de 6 meses lo que nos ha obligado a implantar un sistema de control de caducidades del material estéril a todos los centros.

- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos. La auditoria interna encontró problemas en las fechas de apertura de varios envases multidosis lo que ha dado lugar a una acción de mejora,

- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente. Se han registrado 54 incidencias, la mayor parte relacionadas con los fallos de OMI, aspectos de seguridad laboral como los contenedores de residuos, deficiencias de los consultorios... las más importantes han dado lugar a no conformidades. Destacamos la acción de mejora de la creación de un mensaje para las llamadas telefónicas no atendidas, dado que hasta que se implantó, cuando alguien llamaba por una urgencia podría encontrarse fácilmente con la situación de que no le cogían el teléfono. Actualmente se les informa de que nuestras líneas están ocupadas y que si tienen alguna urgencia pueden llamar a 061.

- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas. Se ha llevado a cabo el plan de formación establecido que ha incluido reciclaje en reanimación cardiopulmonar.

- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones.

- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura. Una nevera se estropeó en la campaña de 2016 teniendo que desechar vacunas. A lo largo de 2017 no se arregló y la auditoria externa señaló el problema como no conformidad por lo que finalmente se consiguió cambiar la nevera. Se ha

9. Revisión por la dirección: se ha realizado con fecha del 06/09/2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Cambio de nevera con fecha 06/09/2017

- En la auditoria interna: 27/09/17, se destaca el buen control de almacenes y botiquines y de la esterilización.

Se destacó la mejora en seguridad derivada del sistema de gestión de almacenes y botiquines, el sistema de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1495

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

fijación de la bombona de oxígeno en el coche, la gestión de proyectos y la abundancia de proyectos comunitarios en los últimos años.

Se señalaron problemas puntuales en documentación, además del problema descrito de los envases multidosis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La sistemática ISO sigue implantada sin problemas, habiendo incrementado la seguridad clínica de la atención prestada. Su desarrollo se ha asentado dentro de las tareas del equipo con normalidad sin interferir en el desarrollo de las actividades asistenciales puras.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1495 ===== ***

Nº de registro: 1495

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
TELMO HUESO SIRA, AMESTOY CHIESA MARCELA, ARENZANA GARCIA SARA, CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA, ALBESA BENAVENTE INMACULADA, GRACIA JOSA SONIA, PIRVULESCU MARIANA, GASCA BEL LORENZO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todos los pacientes
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
El centro de salud de Alcañiz está certificado desde el año 2016 con norma ISO 9001:2008. En nuestro proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. Nuestro reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente sobre ellos. Además este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

RESULTADOS ESPERADOS

RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Detectar e intervenir precozmente sobre los problemas o riesgos detectados en nuestros centros de salud, documentando nuestras actividades de forma regular.
Renovar la certificación ISO 9001 en el año 2017

Objetivos estratégicos, comunes, inputs y outputs

MÉTODO

MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Gestión de indicadores médicos: El coordinador del centro mostrará cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Registro en acta de cada reunión. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes:

Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios. Revisión del registro de los indicadores que permanecen
Indicadores programa de diabetes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1495

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Indicadores de Tabaquismo: Sesión sobre el procedimiento de atención al tabaquismo en el sector de Alcañiz.
Inclusión en la evaluación individual de MAC y EAC de los indicadores de tabaquismo,
Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar (los 5 últimos).
Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.
Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo
Incremento del peso medio en ACGs del centro de salud mejorando el registro de los diagnósticos en OMI.

- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes
- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.
- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.
- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente
- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas
- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones
- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura
- Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.
- Una vez al año somos auditados por un auditor del SALUD, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan
- Cuando procede somos auditados externamente

INDICADORES

INDICADORES

Mantenimiento de la certificación ISO

Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

DURACIÓN

Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.

Mayo: revisión por la dirección

Junio-Septiembre: auditoría interna

Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones

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 - 2016/1521

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE SIXTO JOSE MARTINEZ ARRIAZU

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MOLINS GASCON AURORA
HERRERO BLASCO JOSE LUIS
BLANC EMPERADOR CARMEN
SANZ PEREZ ANA MARIA
VILLANOVA ALTABELLA ROSA
SANCHO VELILLA ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- En el mes de Julio se realizó reunión de equipo para introducir el concepto de consulta no presencial. Esto incluyó el rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
- Se mostraron las recomendaciones del artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el mes de Diciembre todas las agendas tienen entre 3 y cinco huecos de demanda no presencial. En una revisión de final de año donde se evaluó la utilización de al menos una visita diaria de consulta no presencial se encontró que el 62,5% de los médicos utilizaba al menos un hueco diario mientras que en enfermería el % bajaba al 37,5%.
En estos momentos se dispone de datos de SIAP hasta septiembre, momento en que no todas las consultas habían establecido los huecos de consulta no presencial. Estos son los resultados

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de demanda en MF/ Pediatría: 3,23%
% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de en enfermería: 2,16%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que de haberse podido evaluar Noviembre o Diciembre los resultados habrían sido mejores, ya que en Septiembre todavía es mes de vacaciones y los sustitutos no pueden realizar demanda no presencial. El sector está elaborando un procedimiento de consulta no presencial para homogeneizar la tipología de casos que se pueden incluir en este concepto y vamos a continuar trabajando hasta conseguir los objetivos previstos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1521 ===== ***

Nº de registro: 1521

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Autores:
MARTINEZ ARRIAZU SIXTO JOSE, MOLINS GASCON AURORA, HERRERO BLASCO JOSE LUIS, BLANC EMPERADOR CARMEN, SANZ PEREZ ANA MARIA, VILLANOVA ALTABELLA ROSA, SANCHO VELILLA ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCANIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1521

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

En la revisión de los outputs del centro de salud de Alcañiz hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas.

RESULTADOS ESPERADOS RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Alcañiz

MÉTODO MÉTODO Y ACCIONES PARA MEJORAR

Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO
Mayo-Junio: sesiones clínicas
Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores
Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1522

1. TÍTULO

GESTION DE LA CITA INDEMORABLE EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN GAN GARGALLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ PEREZ ANA MARIA
BLANC EMPERADOR CARMEN
VILLANOVA ALTABELLA ROSA
SANCHO VELILLA ROSA MARIA
CAMPOS BERNAL ALBA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con este proyecto de mejora pretendíamos mejorar la gestión de los pacientes sin cita (indemorables) en nuestro Centro de Salud. Las citas indemorables son un problema de primer orden en nuestro centro, dado que los cupos son elevados entre 1700 y 1900 pacientes con un porcentaje aproximado de 30% de pacientes mayores de 65 años. Por parte de la Unidad Administrativa se ha intentado informar a la población del correcto funcionamiento de los servicios del Centro, la adecuada gestión y los distintos modos de solicitar cita previa y concienciar a los pacientes de la importancia de usar correctamente este tipo de citas.

Se elaboró un folleto explicativo que se entregaba a los pacientes en el caso en que fuese preciso solicitar cita indemorable.

Se comunicó a los profesionales, la importancia de reforzar en consulta la información proporcionada desde la Unidad Administrativa.

Se contabilizó el número de citas indemorables en los meses de febrero y marzo de 2017

Se analizó el número de citas indemorables en los meses de octubre y noviembre de 2017 (una vez implementado el procedimiento)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han cuantificado el número total de citas indemorables de las agendas OMI de los médicos de atención primaria en Alcañiz (no se han contabilizado agendas de los consultorios locales, dado que allí no se realizó la intervención).

En los meses de febrero y marzo de 2017 el número total de citas indemorables realizadas en nuestro Centro de Salud fue de 1255

En los meses de octubre y noviembre de 2017 el número total de citas indemorables realizadas fueron de 1172

El resultado no fue nada satisfactorio porque solo se disminuyó en 83 el número total de consultas indemorables, lo que supone apenas una reducción del 6,6%. Lo cual no es valorable ni significativo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que cualquier medida que pueda tomarse para mejorar la concienciación y el buen uso de los servicios sanitarios es siempre una buena medida, aunque después los resultados no sean todo lo satisfactorios que se pretendía.

Hay ciertos problemas, ajenos a la implementación del proyecto que han dificultado en gran medida la gestión de las citas indemorables.

Por una parte, se comenzó a instaurar este proyecto en el mes de julio. Los meses de julio, agosto y septiembre, son difíciles de gestionar porque son meses de verano en que hay muchos profesionales de vacaciones y ante la falta de sustitutos se tienen que cerrar consultas. Al acumular consultas el resto de profesionales, es inevitable no canalizar el exceso de pacientes a consultas indemorables. Con lo que las medidas de información y educación sanitarias no son tan efectivas.

Los meses de octubre y noviembre, tuvimos un elemento menos en el equipo para sustituciones y contingencias. Esto ocasionó el cierre de más consultas de las deseadas en esta época del año, con el consiguiente aumento de citas indemorables para el resto de profesionales del Equipo. Nunca sabremos si a iguales condiciones de personal que en los meses de febrero y marzo, el porcentaje de reducción de citas indemorables hubiese sido mayor del que realmente hemos obtenido.

En la Unidad Administrativa se aumenta mucho la tensión con los usuarios, si estos no consiguen cita con su médico y encima no se les ofrece la alternativa de ser atendidos aunque sea por otro profesional. Por lo que tampoco se ha podido insistir tanto como nos hubiese gustado.

Creemos que este proyecto puede ser factible, y que debemos seguir insistiendo en los objetivos planteados. Pero pensamos que en la valoración de los resultados es importante tener en cuenta los factores ajenos al mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1522 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1522

1. TÍTULO

GESTION DE LA CITA INDEMORABLE EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Nº de registro: 1522

Título
GESTION DE LA CITA INDEMORABLE EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Autores:
GAN GARGALLO MARIA CARMEN, CAMPOS BERNAL ALBA MARIA, BLANC EMPERADOR CARMEN, SANZ PEREZ ANA MARIA, VILLANOVA ALTABELLA ROSA, SANCHO VELILLA ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

ANÁLISIS DE SITUACIÓN PERTINENCIA DEL PROYECTO

El elevado volumen de pacientes indemorables que no son urgencias médicas es un problema asistencial de primer orden.
La información a la población y la coordinación entre estamentos profesionales con un mensaje unificado puede contribuir a que los usuarios usen mejor el centro.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la calidad de la asistencia mediante el correcto manejo del paciente sin cita en el centro de salud.
3 Informar a la población del correcto funcionamiento de los servicios del centro
4 Concienciar y corresponsabilizar sobre el uso correcto a los pacientes que solicitan consulta indemorable
5 Mejorar la calidad de las consultas disminuyendo los indemorables

MÉTODO

ACTIVIDADES Y OFERTA SERVICIOS Elaboración de procedimiento de asistencia al paciente indemorable que contendrá los siguientes aspectos:
6 Citar al paciente que demanda por un motivo burocrático en la agenda habitual de su médico
7 Explicar por parte de la unidad administrativa qué es una cita indemorable. Se creará un folleto explicativo para repartir por los administrativos
8 Si a pesar de todo se le cita al paciente para ser atendido en ese mismo día se anotará en observaciones de la cita que el paciente ha sido informado y se le ha entregado el folleto explicativo

INDICADORES

INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

% pacientes con cita indemorable antes y después de la intervención.
Análisis de las agendas de dos meses antes de la intervención, y análisis de las agendas de dos meses tras la intervención en la misma estación del año.

DURACIÓN

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

Junio: Elaboración del procedimiento y del folleto
Junio: Medición de % de indemorables en los meses de Febrero-Marzo
Julio-Diciembre: Implementación del procedimiento
Enero 2018: Medición de % de indemorables en los meses de Noviembre-Diciembre

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1522

1. TÍTULO

GESTION DE LA CITA INDEMORABLE EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

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 - 2016/1608

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ISABEL CASTELLANO JUSTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUILAR JULIAN MARTA
NAYA PUERTO SHEILA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS

- Se ha constituido un grupo de trabajo con responsable definido
- Se presentaron los resultados del año anterior y se hizo revisión cuatrimestral de indicadores, priorizando los indicadores de peor resultado para iniciar acciones de mejora, entre las que destacamos:
- Sesión sobre implicación de enfermería en el programa de diabetes (implicación en solicitud de analíticas y pruebas complementarias
- Pie diabético
- Planes de cuidados de EPOC
- Intervención de tabaquismo
- Sesión sobre manejo de doppler vascular
- Plan de cuidados de conocimientos deficientes en diabetes.
- Información y vigilancia cuatrimestral del indicador propuesto a las matronas: pacientes entre 25 y 65 años con al menos una prueba de VPH/citología en los últimos 5 años

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES Y EVALUACION
2016 2017 Mejora absoluta
Intervención Tabaquismo 41.75 50.33 8.58
Detección Tabaquismo 46.53 48.77 2.24
RCV 70.02 73.88 3.86
EPOC sintomas 18.79 56.05 37.26
EPOC vias aereas 15.15 54.78 39.63
Captacion dependiente 13.77 10.51 -3.26
Riesgo de Caidas 73.74 91.3 17.56
Norton 79.03 94.24 15.21
DIABETES
Riesgo del pie 37 37
HbA1C 6 meses 41.68 45.04 3.36
Conocimientos diabetes 35.84 47.51 11.67
Microalbuminuria 63.02 65.04 2.38
GFR 44.82 64.68 19.86
Presion arterial 53.66 52.9 -0.76
LDL 63.75 64.91 1.16
Exploracion del pie 48.1 53.31 5.21
Registro Hipoglucemia 43.35 55 11.65

Destacamos la mejora importante obtenida en los planes de cuidados de EPOC (tras sesión sobre rehabilitación respiratoria en pacientes con EPOC ligada al método de registro de los planes personales mencionados, obteniendo mejoras cercanas al 40% respecto al año anterior. También han mejorado sensiblemente los indicadores de evaluación de riesgos de paciente dependiente, estando los dos por encima del 90%.

En diabetes hemos mejorado el plan de cuidados de conocimientos en diabetes en un 12% respecto al año anterior, aunque aún queda espacio para la mejora. Se han producido incrementos modestos en la cobertura de analíticas, destacando que durante todo el año el indicador de glicada ha estado por encima del 50% cayendo el indicador en los últimos 2 meses, que creemos que está relacionado con el incremento de la demanda. En cualquier caso, las mejoras de coberturas son pequeñas y hay espacio para la mejora. La cobertura de exploración de pie diabético ha crecido hasta el 53% de los pacientes, siendo la evaluación del riesgo del 37%, lo que se debe a un problema de registro a comienzos de 2017. También destacamos el 12% de mejora en el registro de hipoglucemia.

El indicador de pacientes entre 25 y 65 años con al menos una prueba de VPH/citología en los últimos 5 años ha pasado de un 13% a un 25% en el año 2017 habiendo superado el estándar mínimo propuesto pero un 5% por debajo del estándar excelente. En cualquier caso, hay que señalar que partíamos con niveles por debajo de la mayoría de los centros del sector.

La sesión sobre evolución del índice tobillo-brazo se realizó en el mes de Octubre, lo que ha limitado la implantación de este indicador que ha quedado en un 4% de los pacientes diabéticos entre 50 y 80 años con más

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1608

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

de 10 años de evolución de la enfermedad.

Finalmente, aunque se desarrolla en otro proyecto también hemos hecho hincapié en los indicadores de tabaquismo, habiéndose alcanzado el 50% por primera vez en el indicador de intervención sobre tabaquismo, todo ello incrementando simultáneamente la detección de fumadores que ha quedado en un 48,77%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En un contexto de falta de tradición de gestión por objetivos, la adopción de un grupo de trabajo de enfermería con seguimiento periódico de los objetivos del cuadro de mando ha permitido mejorar considerablemente la atención a los pacientes con más necesidades de nuestro centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1608 ===== ***

Nº de registro: 1608

Título
GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

Autores:
CASTELLANO JUSTE ISABEL, AGUILAR JULIAN MARTA, SHEILA NAYA PUERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cronicos
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los indicadores de enfermería del año 2016 han presentado un resultado bajo comparado con el sector, sobre todo en relación con los planes personales y planes cuidados y una bajada progresiva en el indicador de riesgo cardiovascular. Solo un cupo ha llegado a obtener el 50% de los puntos del contrato de gestión con dos cupos que bajan del 20%.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el CS Alcañiz.

MÉTODO

- Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
- Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados y planes personales
- Necesidad de implicar a enfermería en la solicitud de analíticas y pruebas complementarias en los pacientes crónicos
- Atención al tabaquismo: Difusión del programa de atención al tabaquismo del sector. Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
- Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
- Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Análisis de indicadores que van por debajo del estándar y propuesta de acciones de mejora. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1608

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

DURACIÓN

- Mayo: Elaboración de procedimiento de intervención sobre el tabaquismo en el sector de Alcañiz
- Septiembre: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
- septiembre: Sesiones clínicas sobre tabaquismo, doppler, pie diabetico y registro de planes personales y planes de cuidados
- Con carácter bimensual se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
- Enero 2017: Evaluación 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 - 2016/1612

1. TÍTULO

GESTION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN SERVICIOS DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 08/11/2018

2. RESPONSABLE MARTA AGUILAR JULIAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTELLANO JUSTE ISABEL
NAYA PUERTO SHEILA
GRACIA JOSA SONIA
GIMENO BALLONGA MARIA PILAR
FOZ ANDREU CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Inventario de material quirúrgico del centro de salud. Se ha desechado lo que estaba en mal estado y se ha pedido material nuevo para poder completar los equipos.

- Se ha elaborado un conjunto de kits de sutura compuesto por tijeras, pintas de Adson de dientes finos y porta. Cada kit de sutura se ha marcado con cintas de un color (cada una de las piezas) de tal manera que los equipos se identifican con colores.

- Cada mañana, al terminar la guardia el auxiliar de clínica comprueba la disponibilidad para el uso de todos los kits y sus componentes y lo registra en formato específico de Lunes a Viernes. En caso de faltar alguno de los componentes se da aviso inmediato a los coordinadores del equipo para trazar el componente perdido, si es preciso con reunión de equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto ha sufrido un retraso importante por causas ajenas a nuestra voluntad, dado la dificultad para conseguir cintas de marcado de material, debido a que han sido retiradas de SERPA sin dejar alternativa posible, lo que ha hecho que la mayor parte de nuestro tiempo en este proyecto se haya dedicado a buscar alternativas. Finalmente se ha conseguido, de tal forma que estamos implementado el proyecto desde el mes pasado.

% días en los que consta registro de disponibilidad de los equipos: 100%.

Por el momento no ha desaparecido ningún equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto está inspirado en el proyecto del centro de salud de Andorra donde se consiguió acabar con el problema de la falta de disponibilidad de material de sutura en urgencias. Sin embargo y a pesar de nuestra petición razonada no se ha conseguido adquirir las cintas a través de compras, teniendo que solucionarlo de forma improvisada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1612 ===== ***

Nº de registro: 1612

Título
GESTION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN SERVICIOS Y DE URGENCIAS

Autores:
AGUILAR JULIAN MARTA, CASTELLANO JUSTE ISABEL, NAYA PUERTO SHEILA, GIMENO BALLONGA MARIA PILAR, FOZ ANDREU CARMEN, GRACIA JOSA SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCANIZ

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1612

1. TÍTULO

GESTION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN SERVICIOS DE URGENCIAS

Otro Tipo Patología: todas
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Operativos

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

No es infrecuente que tengamos problemas en urgencias para conseguir equipos de sutura adecuados. Con frecuencia el material de buena calidad desaparece para realizar curas en domicilio y en urgencias queda el material de menor calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Disponibilidad permanente en urgencias de equipos de sutura adecuados.

MÉTODO

- Se elaborará un conjunto de kits de sutura compuesto por tijeras, pinzas de Adson de dientes finos y porta.
- Cada kit de sutura estará marcado con cintas de un color (cada una de las piezas) de tal manera que existirá un equipo azul, rojo... los tres componentes de cada kit se embolsarán juntos
- Cada mañana, al terminar la guardia el auxiliar de clínica comprobará la disponibilidad para el uso de todos los kits y sus componentes. En caso de faltar alguno de los componentes se dará aviso inmediato a los coordinadores del equipo para trazar el componente perdido, si es preciso con reunión de equipo.
- La disponibilidad o ausencia de los kits se registrará de Lunes a Viernes en un formato específico

INDICADORES

% días en los que consta registro de disponibilidad de los equipos

DURACIÓN

Mayo-Junio: determinación de número de kits de sutura. Solicitud de material si se precisa. Marcado con cintas de las piezas de los kit de sutura. Elaboración de registro de kits disponibles.

Junio: Información al equipo de la sistemática

Evaluación: Enero 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1521

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE SIXTO JOSE MARTINEZ ARRIAZU

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

IBÁÑEZ NAVARRO ALBERTO
SALAS GARCIA IVAN JOSE
GROS MORELLON TOMAS ANGEL
BLANC EMPERADOR CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A inicios de 2018, tras detectarse un problema en los indicadores de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs, se realizó una sesión clínica informativa sobre la mejora en el registro diagnóstico de las agendas y de cómo optimizar las consultas "demanda no presencial". Así pues, se constaba que muchas veces las consultas telefónicas, actualización de medicación por errores administrativos, los partes y revisiones de baja, los volantes de interconsulta con medicina especializada e informes de alta y de urgencias; aparecían reflejados como consultas demorables, administrativas y no presenciales.

A inicios de 2019 se realizó un registro retrospectivo de los días en los que se ofreció una "demanda no presencial" de los 7 cupos de medicina de familia del Centro de Salud de Alcañiz y de los 3 cupos de pediatría de atención primaria de 2017 y 2018. Dicho registro duró aproximadamente unas 2 semanas. No precisó de recursos adicionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De una media de "demanda no presencial" mensual de 9,96% con una desviación típica de 3,59 de 2017 se logró en 2018 un 62,1% con una desviación típica de 15,43. Tomando solo los datos de pediatría, se pasó de un 57,01% con DT 16,37 (2017) a un 68,33% con DT 12,74 (2018). Además consecuentemente hubo un aumento del 2,3% mensual de la "consulta programada" y una reducción de un 34,7% mensual en las "demandas administrativas", no así en las consultas demorables o indemorables que subieron un 6,2% mensual. En todos los cupos estudiados se asignaron de 3 a 5 huecos de "demanda no presencial", al inicio, a mitad o al final de la jornada laboral, y de duración variable no superior al tiempo habitual de consulta ordinaria.

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.

Es importante tener una agenda laboral organizada para rentabilizar el tiempo por paciente y planificar al inicio de la consulta la jornada. El hecho de minimizar el tiempo de tareas administrativas supone un mayor acceso del paciente al sistema evitándole demoras innecesarias, una posibilidad de replantear la asignación de tareas, un mayor tiempo para la exploración y el diagnóstico del paciente agudo y una mejora en la relación médico-paciente. Se debe puntualizar que los resultados han podido resultar en parte maximizados debido a los cambios de profesionales en los distintos cupos estudiados que provienen en algunos casos de otros centros en los que ya se había aplicado estos cambios y en la independencia en la forma de trabajar y organizarse que tiene cada facultativo médico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1521 ===== ***

Nº de registro: 1521

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Autores:
MARTINEZ ARRIAZU SIXTO JOSE, MOLINS GASCON AURORA, HERRERO BLASCO JOSE LUIS, BLANC EMPERADOR CARMEN, SANZ PEREZ ANA MARIA, VILLANOVA ALTABELLA ROSA, SANCHO VELILLA ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1521

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

En la revisión de los outputs del centro de salud de Alcañiz hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas.

RESULTADOS ESPERADOS
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Alcañiz

MÉTODO
MÉTODO Y ACCIONES PARA MEJORAR

Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES
INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO
Mayo-Junio: sesiones clínicas
Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores
Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1521

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

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 - 2016/0274

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES DE UN INSTITUTO DE EDUCACION SECUNDARIA PUBLICO EN LA PROVINCIA DE TERUEL

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE CARMEN SANCHEZ-CELAYA DEL POZO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCORISA
· Localidad ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

se realizaron 5 sesiones en horario de tarde, asistiendo una media de 12 personas al taller. La función de los profesionales sanitarios ha sido proporcionar un ambiente de comodidad, organizar un turno de palabra, asegurar que todos los asistentes participen con sus dudas e inquietudes evitar que hagan corrillos y reforzar y aclarar situaciones que se plantean. Cada día se enfoca la sesión en un tema diferente y se repasa lo aprendido el día anterior. La primera sesión trata sobre cómo actuar en caso de crisis de asma, manejo de inhaladores y reconocer los signos de alarma. Se proporciona a los asistentes material power point con cuadro resumen de actuación y se enseñan distintos dispositivos inhalados. La enfermera explica el control del asma en la consulta. La segunda sesión hablamos sobre enfermedades neurológicas, cómo actuar en caso de crisis convulsiva medicaciones disponibles y casos concretos de epilepsia juvenil. Practicamos posición lateral de seguridad y aplicación de diacepam rectal. La tercera es una breve clase de cura de heridas, traumatismos, vendajes y uso y reposición del botiquín en el centro escolar, con parte teórica con diapositivas power point y parte práctica con vídeos demostrativos y vendajes unos a otros
La cuarta sesión versa en torno a la reanimación cardiopulmonar básica, el ABC repasamos todos los pasos a seguir en el orden correcto con visionado de vídeo.
La última sesión es meramente práctica con un maniquí repasando nuevamente la reanimación todos los asistentes realizan las maniobras de boca a boca y masaje.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

el taller sirve como beneficio a la formación de personal que trabaja con niños y adolescentes que pueden presentar alguna complicación derivada de su enfermedad o sufrir un accidente que requiera asistencia inmediata, proporciona información actualizada, aprenden a distinguir la información útil de los mitos y prácticas equivocadas, proporciona confianza y seguridad para atender la urgencias que se presenta. Como elemento negativo somos críticos con el número de participantes pro sesión ya que teníamos que poner límite por el aforo de la sala. Para próximas ediciones propondremos un cambio de lugar con desplazamiento a algún local del pueblo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los participantes mostraron su satisfacción con las sesiones y expresaron su deseo de que se organizaran más actividades como esta. Los ponentes consideran que el tiempo empleado en la preparación de las sesiones así como los materiales empleados no ha sido excesivo y dado que ya se tiene el boceto preparado lo seguiremos utilizando en los próximos talleres. Por todo esto consideramos este proyecto muy enriquecedor que será repetido en próximos años

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/274 ===== ***

Nº de registro: 0274

Título
PROYECTO TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES DE UN INSTITUTO DE EDUCACION SECUNDARIA PUBLICO EN LA PROVINCIA DE TERUEL

Autores:
SANCHEZ CELAYA DEL POZO MARIA CARMEN, CALVO ORRIOS FERNANDO, BONDIA HERRERO MARIA ISABEL, ADRIAN MONFORTE ESTRELLA, GARCIA GRACIA RAQUEL, GIL VALERO CARLOS PASCUAL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencias y Emergencias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0274

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES DE UN INSTITUTO DE EDUCACION SECUNDARIA PUBLICO EN LA PROVINCIA DE TERUEL

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Con la resolución de 16 de marzo de 2015 de la Dirección General de Ordenación Académica, la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud y la Dirección General de Salud Pública por la que se dictan instrucciones relativas a la organización y el funcionamiento de la atención sanitaria en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón, surge la problemática de que se "organizará un equipo capacitado para realizar en el centro la atención inmediata en caso de urgencia". Desde la jefatura de estudios del Instituto de Educación Secundaria de la localidad, se nos pide ayuda a los facultativos del centro de salud para formación de los docentes y adquisición de capacidades

RESULTADOS ESPERADOS

Formación de un equipo docente que sea capaz de atender de forma eficiente las situaciones de urgencia que puedan presentarse en el día a día de un centro educativo, siguiendo el reglamento vigente en Aragón.

MÉTODO

Se realizarán talleres en horario de tarde con la temática prevista en dicho reglamento: situaciones de emergencia previsible.

La docencia constará de parte teórica con diapositivas y parte práctica con maniqués, casos clínicos... Se hará una reunión en el centro de salud para informar a la plantilla, escoger profesionales que darán cada una de las partes y se establecerá feed back con el responsable del centro educativo para fijar fechas y lugar de los talleres; así como publicitar la actividad entre los docentes

INDICADORES

- cuestionario satisfacción al finalizar los talleres
- cuestionario conocimientos adquiridos

DURACIÓN

Duración 6 sesiones (una sesión / semanal) de aprox 4 horas de duración cada una; durante el mes de marzo / abril de 2017.

- 1.- Emergencia por ataque asmático
- 2.- Emergencia por anafilaxia o reacción alérgica grave
- 3.- Emergencia en el niño diabético, hipoglucemia
- 4.- Emergencia por convulsiones / epilepsia. Síncope, mareo, cefalea
- 5.- Heridas, contusiones, traumatismos
- 6.- Reanimación cardiopulmonar básica, atragantamiento.

OBSERVACIONES

necesidad Maniquí de reanimación básica disponible en el centro de salud
Fichas, material por escrito para repartir a los asistentes
proyector y ordenador para las diapositivas
material médico del centro (inhaladores, medicaciones...)

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: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDE LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0372

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA CUADRILLAS FORESTALES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

Fecha de entrada: 26/01/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO ORRIOS FERNANDO
LOPEZ HERNANDEZ EDUARDO
GIL VALERO CARLOS PASCUAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE REALIZAN 2 SESIONES DE 5 HORAS CADA UNA. LA PRIMEA SESION CONSTA DE CONTENIDO TEORICO ACERCA DE LA REANIMACIÓN CARDIPULMONAR BÁSICA, SECUENCIA PAS Y ABC PASOS A SEGUIR Y POSICION LATERAL DE SEGURIDAD EN FORMATO POWER POINT. DESNÜES ORGANIZAMOS UN TURNO DE PALABRA ORDENADO ASEGURANDO QUE TODOS LOS ASISTENTES PARTICIPEN CON SUS DUDAS E INQUIETUDES. LA SEGUNDA SESION TRATA SOBRE CURA DE HERIDAS TRAUMATISMOS, QUEMADURAS Y LA PRÁCTICA DE LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN DADAS EL `DIA ANTERIOR PARA REFORZAR Y ACLARAR SITUACIONES QUE SE PLANTEAN

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
AL TERMINAR LAS SESIONES SE REPARTE UN CUESTIONARIO DE SATISFACCION A LOS ASISTENTES CON UNA EVALUACION FINAL MUY SATISFATORIA PARA LOS PROFESIONALES ENCARGADOS. LA MEDIA DE RESULTADOS OBTENIDOS FUERON (ESCALA DE PUNTUACIÓN 1 PUNTUACIÓN MÍNIMA, 5 PUNTUACIÓN MÁXIMA)
-LA DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA HA SIDO 4.57
-LA ACTIVIDAD FORMATIVA HA CUBIERTO MIS EXPECTATIVAS 4
-LA ACTIVIDAD ME VA A SER MUY UTIL EN MI VIDA DIARIA 4
-EL MATERIAL UTILIZADO EN EL CURSO HA SIDO EL ADECUADO 4.14
-VALORACION DEL DOCENTE 5

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LOS PARTICIPANTES MOSTRARON PERSONALMENTE SU SATISFACCION CON LAS SESIONES Y EXPRESARON SU DESEO DE QUE SE ORGANIZASEN MÁS ACTIVIDADES COMO LAREALIZADA MOSTRANDO SU INTERES EN PARTICIPAR EN FUTUROS TALLERES Y DANDO POSIBLES TEMAS PARA ELLOS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/372 ===== ***

Nº de registro: 0372

Título
PROGRAMA DE EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA CUADRILLAS FORESTALES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

Autores:
TRILLO CALVO EVA, SANCHEZ CELAYA DEL POZO MARIA CARMEN, CALVO ORRIOS FERNANDO, LOPEZ HERNANDEZ EDUARDO, ADRIAN MONFORTE ESTRELLA, GIL VALERO CARLOS PASCUAL, GOMEZ TENA MARIA GORETTI, MARTIN MARTIN JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

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

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- Desde la empresa encargada de Prevención de riesgos laborales de la las cuadrillas de forestales rurales de nuestra zona básica de salud (ZBS) detectan que existe un déficit de formación en primeros auxilios en sus

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0372

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA CUADRILLAS FORESTALES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

trabajadores y se propone a un miembro del EAP mejorar ese déficit.

En el EAP de Alcorisa no existe la cultura de realizar actividades de comunitarias y aprovechamos esta oportunidad para mejorar en este aspecto.

RESULTADOS ESPERADOS

- Activación del EAP en relación con la Mejora de Calidad
- Mejorar el conocimiento de primeros auxilios en el colectivo profesional de forestales de nuestra ZBS.

MÉTODO

Se proponen una o varias sesiones formativas en primeros auxilios destinadas a los forestales de nuestra zona básica de salud.

Las sesiones constarán de una parte teórica y otra eminentemente práctica. Se impartirán por miembros del equipo de salud de Alcorisa.

INDICADORES

Se realizará un encuesta de valoración una vez realizada las sesiones de formación para ver el grado de satisfacción y aprendizaje por parte de los asistentes.

DURACIÓN

Está previsto comenzar en el mes de octubre y realizar dos sesiones de 5h de duración.

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 : 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 - 2016/1369

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE JORGE MARTIN MARTIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALCORISA
· Localidad ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados
Necesidad de implicar a enfermería en la solicitud de analíticas y pruebas complementarias en los pacientes crónicos
Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Análisis de indicadores que van por debajo del estándar y propuesta de acciones de mejora. Las reuniones se registrarán en acta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Muy discreto aumento de los indicadores

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente aumentar la implicación del personal de enfermería en la consecución de los objetivos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1369 ===== ***

Nº de registro: 1369

Título
GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

Autores:
MARTIN MARTIN JORGE, MALLEEN CLARAMONTE MARGARITA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención al paciente crónico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los indicadores de enfermería del año 2016 han presentado un resultado bajo comparado con el sector, sobre todo en relación con los planes personales, los planes de cuidados de enfermería y una bajada progresiva en el indicador de riesgo cardiovascular. Solo un cupo ha llegado a obtener el 50% de los puntos del contrato de gestión

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el CS Alcorisa.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1369

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados
Necesidad de implicar a enfermería en la solicitud de analíticas y pruebas complementarias en los pacientes crónicos
Atención al tabaquismo: Difusión del programa de atención al tabaquismo del sector. Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Análisis de indicadores que van por debajo del estándar y propuesta de acciones de mejora. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

DURACIÓN

Mayo:
Elaboración de procedimiento de intervención sobre el tabaquismo en el sector de Alcañiz

Mayo:
Presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.

Junio:
Sesiones clínicas sobre tabaquismo y registro de planes personales y planes de cuidados
Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora

Enero 2017:
Evaluación 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 - 2016/1370

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE GORETTI GOMEZ TENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCORISA
· Localidad ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se repasa que los formatos a rellenar sean los correctos, se realizan reuniones de equipo periódicas para implicar a todos los profesionales del centro y se reparten tareas.

El personal de enfermería se encargará de reponer la sala de urgencias, esterilización de material y manejo del espirómetro.

El coordinador de enfermería repasará carro de paradas y maletines de forma mensual, con control de caducidades.

El coordinador médico se encarga del almacén, con albarán de pedidos, cumplimentación del formato de rotura de stock según protocolo. El resto de personal se compromete a anotar incidencias en el listado habilitado para ello.

El responsable de calidad velará por que se cumplan todos estos ítems, ha cumplimentado las actas y sigue el programa de formación del centro aprobado en reunión al comienzo del año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Analizado el conjunto, se aprecia que el equipo tiene fortalezas como son un buen programa de sesiones formativas y actividades comunitarias; un almacén de farmacia con una estructura y organización reglada siguiendo las normas del manual de acogida del centro.

Gracias a la implementación de las reuniones mensuales se mejora considerablemente en la organización interna de la sala de urgencias, materiales y medicamentos, rellenando el formato correspondiente según las pautas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Somos críticos con la escasa consecución de objetivos en algunos indicadores de calidad, no llegando al mínimo en varios de ellos, fundamentalmente los correspondientes a enfermería.

7. OBSERVACIONES.

Continuaremos con las reuniones fomentando el trabajo en equipo y explicando la necesidad de trabajar de acuerdo a unos estándares mínimos de calidad por el beneficio del paciente.

El equipo considera las reuniones necesarias y se observa en general una mejoría en la forma de trabajar, pero todavía queda trabajo por delante.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1370 ===== ***

Nº de registro: 1370

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001: 2016 EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
GOMEZ TENA MARIA GORETTI, SANCHEZ CELAYA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ORGANIZACION INTERNA EQUIPO
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El centro de salud de Alcorisa está certificado desde el año 2014 con norma ISO 9001:2008. En nuestro proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. Nuestro reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1370

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001

sobre ellos. Además este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantenimiento de la certificación ISO

MÉTODO

Gestión de indicadores médicos: El coordinador del centro y el coordinador de calidad mostrarán cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes:

Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios. Revisión del registro de los indicadores que permanecen

Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar (los últimos). Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.

Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo.

Incremento del peso medio en ACGs del centro de salud mejorando el registro de los diagnósticos en OMI.

- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes
- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.
- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.
- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente
- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas
- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones
- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura
- Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.
- Una vez al año somos auditados por un auditor del SALUD, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan
- Cuando procede somos auditados externamente

INDICADORES

Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

DURACIÓN

Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.

Mayo: revisión por la dirección

Junio-Septiembre: auditoría interna

Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones

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 - 2016/1371

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE CARLOS PASCUAL GIL VALERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCORISA
· Localidad ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CALVO PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No podemos calcular el porcentaje exacto de visitas no presenciales respecto a presenciales, no obstante se están cumpliendo, con satisfacción tanto por parte de los profesionales como de los usuarios del centro de salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Un aspecto a tener en cuenta, es la posibilidad de que pacientes crónicos no sean atendidos regularmente por el médico, por eso se propone que cada 3 meses exista una revisión por parte de enfermería, y si detecta alguna anomalía lo citará con el médico responsable. Se trata de no perder seguridad y si ganar satisfacción por parte del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1371 ===== ***

Nº de registro: 1371

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Autores:
TRILLO CALVO EVA, ADRIAN MONFORTE ESTRELLA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

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 .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la revisión de los outputs del centro de salud de Alcorisa hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1371

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICIENCIA DE LAS VISISTAS

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Alcorisa.

MÉTODO

Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN

Mayo-Junio: sesiones clínicas
Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores
Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1487

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 10/01/2018

2. RESPONSABLE ROSA MARIA GALVE CIERCOLES
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NUEZ GINES MARIA TERESA
FERNANDEZ GARCIA MARIA ANGELES
HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Informar al equipo de la proxima implantación de la Eficiencia de las visitas en el centro (Demanda no presencial)
Documentarnos y ver implementación en otros equipos
Elaborar un protocolo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendientes por la elaboración del protocolo con los indicadores de seguimiento y de satisfacción del usuario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hay que estudiar la situación y necesidades del centro para poderlo adaptar a cada realidad

7. OBSERVACIONES.
Nuestro proyecto no se ha podido implantar hasta que no hemos elaborado el protocolo definitivo
Cronograma 2018:
Enero.- presentación al equipo
Febrero.- implantación del protocolo por los profesionales
Diciembre.- medición de resultados de satisfacción del usuario y de implementación.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1487 ===== ***

Nº de registro: 1487

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Autores:
GALVE CIERCOLES ROSA MARIA, NUEZ GINES MARIA TERESA, FERNANDEZ RODRIGUEZ MARIA ANGELES, HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, GARCIA LOPEZ ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la revisión de los outputs del centro de salud de Andorra hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Andorra.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1487

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

MÉTODO

Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

- Mayo-Junio: sesiones clínicas
- Mayo: adaptación de agendas
- Revisión periódica de indicadores
- Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1487

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ROSA MARIA GALVE CIERCOLES
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NUEZ GINES MARIA TERESA
FERNANDEZ GARCIA MARIA ANGELES
HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD
GARCIA LOPEZ ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Incluir en las agendas activas del centro el concepto de DNP.
- Registro del consentimiento informado para consultas telefónicas incluidas en la DNP.
- Sesión clínica sobre el seguimiento del proyecto.
- Citación de DNP a petición del usuario ó del profesional a través de admisión.
- Encuestas de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Un 10% de la consulta es DNP
Mejora de la gestión del tiempo tanto del profesional como del paciente.
Al haber menos interrupciones telefónicas, se minoriza la carga asistencial en las consultas.
Mejora la satisfacción de la asistencia recibida por el paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Positiva.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1487 ===== ***

Nº de registro: 1487

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Autores:
GALVE CIERCOLES ROSA MARIA, NUEZ GINES MARIA TERESA, FERNANDEZ RODRIGUEZ MARIA ANGELES, HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, GARCIA LOPEZ ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la revisión de los outputs del centro de salud de Andorra hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1487

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Andorra.

MÉTODO

Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

- Mayo-Junio: sesiones clínicas
- Mayo: adaptación de agendas
- Revisión periódica de indicadores
- Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0404

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRAL A LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 04/01/2018

2. RESPONSABLE ANA MARIA GARCIA LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ SAURAS SUSANA
CORONADO VAZQUEZ MARIA VALLE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DESDE 2016 SE HAN REALIZADO EDUCACION GRUPAL A PACIENTES DIABETICOS (4 SESIONES: QUE ES LA DIABETES, ALIMENTACION DEL PACIENTE CON DIABETES, TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, EJERCICIO Y AUTOCONTROL DE LA DIABETES.) SE HAN FORMADO UN GRUPO POR CUPO, CON LA IMPLICACION DE SU MEDICO Y DE SU ENFERMERA ADEMAS DE LAS ENFERMERAS EXPERTAS FORMADORAS.
CRONOGRAMA REALIZADO: 2016
JUNIO: 10 PACIENTES DE DRA CORONADO (ARIÑO)
SEPTIEMBRE: 14 PACIENTES DR PEREZ CASANOVA (ALLOZA)
OCTUBRE: 13 PACIENTES DR. MARTINEZ (OLIETE)
NOVIEMBRE: 12 PACIENTES DRA TRILLO (ANDORRA Y 7 PACIENTES DR MESA (ANDORRA)
DICIEMBRE: 14 PACIENTES DRA HERNANDEZ (ANDORRA)
2017
MAYO: 5 PACIENTES DR PEREZ LACLERIGA (ANDORRA) Y 14 PACIENTES LAHOZ (ANDORRA)
JUNIO 15 PACIENTES DE TODOS LOS CUPOS QUE SE QUISIERON APUNTAR DE ANDORRA
TOTAL PACIENTES: 104 PACIENTES DIABETICOS
IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE PIE DIABETICO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CONOCIMIENTOS: SE OBSERVA UNA GANANCIA DE CONOCIMIENTOS CON UN MEJORA EN EL CUESTIONARIO POSTERIOR, EN EL PREVIO TENIAN UNA MEDIA DE RESPUESTAS CORRECTAS DE 14 SOBRE 20, PASANDO EN EL PSTERIOR A UNA MEDIA DE 19 SOBRE 20 DE RESPUESTAS CORRECTAS.
SATISFACCION: TOTOL LOS PARTICIPANTES MANIFIESTAN ESTAR MUY SATISFECHOS Y RECOMENDARIAN EL TALLER PORQUE LO CONSIDERAN UTIL, LA VALORACION DE LOS DOCENTES ES BUENA O MUY BUENA, ASI COMO LA DOCUMENTACION ENTREGADA LA CONSIDERAN ADECUADA.
RESULTADOS DE CAMBIO DE ESTILO DE VIDA (DGP): ESTAMOS PENDIENTES DE LA REALIZACION DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACION SOBRE LA MODIFICACION DE INDICADORES DE SALUD RELACIUNADOS CON LA INTERVENCION GRUPAL. PERO SE HA OBSERVADO UNA MEJORA GENERAL DE LOS INDICADORES DEL CUADRO DE MANDOS EN DIABTES EN EL CONJUNTO DEL CENTRO DE SALUD, NO TANTO POR UNA RELACIN DIRECTA CON LA INTERVENCION GRUPAL PERO SI POR UNA CORRIENTE DE FORMACION Y SENSIBILIAACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO QUE AL PARTICIPAR EN EL GRUPO SE HAM IMPLICADO CON LOS PACIENTES DIABETICOS EN GENERAL.
VALORACION DEL PIE DIABETICO: SE HA IMPLANTADO A FINALES DE 2017 LA CONSULTA DE PIE DIABETICO CON UNA PARTICIPACIONE DE 5 PACIENTES VALORADOS.
%DE PACIENTES CON RIESGO DEL PIE EVALUADO: GLOBAL DEL EQUIPO: 56,02%
% DE PACIENTES CON RIESGO ALTO:1'86, PACIENTES CON RIESGO MODERADO: 27'93, PACIENTES CON RIESGO BAJO: 10'70
% PACIENTES DIABETICOS ENTRE 50 Y 80 AÑOS CON DOPLER 28 % (STANDAR DEL SECTOR 20 Y 30 %)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA EDUCACION GRUPAN A CORTO PLAZO HA MEJORADO LOS CONOCIMIENTOS DE NUESTROS PACIENTES DIABETIICOS, LA ESTRAGEA EMPLEADA PARA LA FORMACION DEL GRUPO POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DEL CUPO (MEDICO Y ENFERMERA DE FAMILIA) A SUSPUETO DE FORMA INDIRECTA QUE TODOS LOS PROFESIONALES SE HAN FORMADO CON UNOS MENSAJES COMUNES EN TODOS LOS CUPOS LO CUAL SECUNDARIAMENTE A MEJORADO LA FORMACION INDIVIDUAL DE LOS DIABETICOS EN GENERAL.
POR OTRO LADO SE HA DADO PARTE DE PROTAGONISMO A PROFESINALES NO SANITARIOS EN LA ELABORACION DE MATERIALES ASI COMO EN EL PRODECIMIENTO Y TRTAMIENTO DE LOS DATOS Y LA DOCUMENTACION.(CELADORES FOTOCOPIAN MATERIALES Y PREPARAN DOCUMENTACION, ADMINITRATIVAS AVISAN A LOS PACIENTES SELECCIONADOS Y PROCESAN LOS DATOS RECOGIDOS)
LA DINAMICA DE FORMACION A PACIENTES DIABETICOS JUNTO CON EL MANEJO DEL CUADRO DE MANDOS HAN HECHO QUE LOS RESULTADOS EN DIABETES A NIVEL DE EQUIPO HAN MEJORADO CON RESPECTO DE AÑOS ANTERIORES.

7. OBSERVACIONES.
CRONOGRAMA 2018:
UN GRUPO POR CUPO, ABRIL, MAYO Y JUNIO DOS CUPOS (UN GRUPO POR CUPO), SEPTIEMBRE, OCTUBRE Y NOVIEMBRE UN GRUPO POR CUPO EN TOTAL LOS 9 CUPOS DEL CENTRO.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/404 ===== ***

Nº de registro: 0404

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0404

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRAL A LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRAL A LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Autores:

GARCIA LOPEZ ANA MARIA, LOPEZ SAURAS SUSANA, CORONADO VAZQUEZ MARIA VALLE, GALVE CIERCOLES ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

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

Enfoque: Educación para la salud

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La diabetes es la enfermedad crónica por excelencia y la prevención de sus complicaciones asociadas un reto para la atención primaria. En especial hay dos puntos importantes que creemos que debemos mejorar y asegurar: la educación a los pacientes y la evaluación del pie diabético:

- Los pacientes con diabetes necesitan tener la información adecuada sobre su enfermedad para tomar decisiones y lograr un buen control. La educación grupal se ha demostrado como una herramienta útil para el cambio de comportamiento, aumentar o reforzar los conocimientos sobre diabetes, utilizando la experiencia del grupo como referente. En nuestro centro solo se trabajaba la educación individualizada por lo que se considera interesante implantar este sistema de educación en grupo.

- La cobertura de exploración del pie diabético en general, y la evaluación vascular periférica en los pacientes mayores de 50 años que se recomienda en las guías también es un punto a mejorar.

RESULTADOS ESPERADOS

1º Que los pacientes adquieran conocimientos sobre su diabetes o refuercen los que ya tienen, para que tomen decisiones correctas y mejoren sus resultados en salud.

2º evaluar si la educación grupal mejora los resultados de los pacientes, monitorizando parámetros objetivos de hba1c, colesterol, ta, peso...

3º. Mejorar la cobertura de evaluación del pie diabético y de la exploración con índice tobillo brazo en los pacientes diabéticos entre 50 y 80 años.

MÉTODO

- EDUCACIÓN GRUPAL. Se seleccionará un grupo de entre 15/18 pacientes y/o su esposa/familiar, en principio que tengan glucómetro, por cupo. La enfermera de referencia seleccionará a los integrantes. Se impartirán 4 sesiones:

o 1ª que es la diabetes y complicaciones

o 2ª alimentación en pacientes con diabetes.

o 3º tratamiento farmacológico de la diabetes tipo 2

o 4ª sesión relación entre ejercicio/alimentación/autocontrol de glucemia capilar.

- PIE DIABÉTICO. Creación de consulta monográfica de pie diabético. Se derivarán a esta consulta los pies de riesgo alto y también los pacientes con indicación de evaluación de índice tobillo brazo

INDICADORES

- EDUCACIÓN GRUPAL:

o Se realizará un cuestionario previo y posterior para valorar la ganancia de conocimientos.

o Satisfacción de los usuarios con el curso y sugerencias de mejora

o Comparación antes-después de los siguientes parámetros y controles: glucemia, hba1c, colesterol, hdl, ldl, triglicéridos, ac urico, gfr, creatinina, ta, peso, diámetro cintura, imc, vag, vat, tabaquismo, fondo ojo, exploración pies, ecg, hipoglucemias, cumplimiento tratamiento...

- EXPLORACIÓN DE PIE:

% de pacientes con riesgo del pie evaluado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0404

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRAL A LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

% de pacientes diabéticos entre 50 y 80 años a los que se ha realizado índice tobillo-brazo en los últimos 3 años

DURACIÓN

- EDUCACIÓN GRUPAL: 4 sesiones, 2 por semana, de 60 minutos.

Cronograma 2017:

Junio: cupo Ariño, Septiembre cupo Dr Perez Casanova (Alloza), Octubre cupo dr. Martinez (Oliete), Noviembre 1º quincena cupo Dra Trillo (Andorra), 2ª quincena Dra Hernandez (Andorra) diciembre cupo Dr mesa (Andorra) pendientes en 2017 resto de cupos. El proyecto no tiene fecha fin ya que el objetivo es llegar a toda la población de diabéticos de la zona de salud de Andorra, y, una vez que se les haya impartido este primer curso, continuar con otro un nivel mayor de conocimientos.

- CONSULTA MONOGRÁFICA PIE DIABÉTICO. Inicio Julio 2017

OBSERVACIONES

Un objetivo indirecto es la implicación de todos los profesionales del equipo. El médico y la enfermera de referencia serán los organizadores y los que propongan a los pacientes al grupo. El médico de referencia de cada cupo, será el responsable de la formación sobre tratamiento farmacológico y la enfermera del cupo la responsable de la monitorización de las variables a estudio para valorar cambio de hábitos. Dos enfermeras formadas en educación grupal en diabetes serán las responsables del resto de sesiones.

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 - 2016/0420

1. TÍTULO

TALLER AFECTIVO SEXUAL EN EL IES DE ANDORRA

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE MONTSERRAT EGGA CANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LOPEZ ANA MARIA
REPOLLES PERALTA PATRICIA
TRILLO SALLEN ESTHER
CIERCOLES GALVE ROSA
GINES BIELSA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

2 SESIONES POR CURSO, (2º, 3º Y 4º ESO, FPB ELECTRICIDAD, FPB ADMINISTRACION Y FPB HOSTELERIA) DEL 9 AL 24 DE FEBRERO DE 2017.

SESION INFORMATIVA DE RESULTADOS A DOCENTES Y DIRECCION DEL IES
SESION INFORMATIVA DE RESULTADOS A LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA
MATERIAL: TARJETAS Y FOLIOS CON DINAMICAS ESPECIFICAS PARA LA EDUCACION AFECTIVA SEXUAL: "FALSAS CREENCIAS SOBRE LA SEXUALIDAD", "MINIHISTORIAS DE PAREJAS: ESTO ES LO QUE HAY" PLASTILINA PARA EL TALLER: "ANATOMIA DE LA SEXUALIDAD", TALLER METODOS ANTICONCEPTIVOS: PRESERVATIVOS MASCULINO Y FEMENINO, DIAFRAGMA, DIU, IMPLANTES, OVULOS, CREMAS ESPERMICIDAS, PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS, PILDORA DEL DIA DESPUES..., POWER POINT PARA LA EXPOSICION DE CONTENIDOS, CUESTIONARIOS PRE Y POSTE Y DE SATISFACCION.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SE HA INTERVENIDO SOBRE 231 ALUMNOS, EN LA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS POSTERIOR TODO HAN GANADO CONOCIMIENTOS. RESPONDEN CORRECTAMENTE EL CUESTIONARIO:

- ALUMNOS DE 2º Y 3º ESO: 15 % EN EL PREVIO Y UN 62 % EL POSTERIOR
- ALUMNOS DE 4º ESO: 31 % EN EL PREVIO Y 82 % POSTERIOR

EN CUANTO A VALORACION:

- 75 % REPETIRIA EL TALLER,
- 62 % VALORAN LA EXPOSICION DE LOS PONENTES COMO MUY BUENA Y 40 % COMO BUENA
- 45 % CONSIDERAN LOS TEMAS TRATADOS COMO MUY INTERESANTES Y 54 % COMO INTERESANTES.

SE HAN ALCANZADO LOS OBJETIVOS PLANTEADOS EN EL PROYECTO. LA FUENTE DE OBTENCION DE LOS DATOS SON DIRECTAMENTE DE LOS CUESTIONARIOS ELABORADOS POR LOS PROPIOS DOCENTES QUE HAN INTERVENIDO, ASI COMO DE LA PERCEPCION DE LAS DINAMICAS UTILIZADAS Y LA ATENCION DE LOS ALUMNOS Y RESPUESTAS EN EL AULA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL CURSO ANTERIOR NO SE PUDO REALIZAR EL TALLER POR CUESTIONES ORGANIZATIVAS DEL IES (PABLO SERRANO DE ANDORRA) CON LO CUAL LOS ALUMNOS DE 4ª DE LA ESO YA CUANDO FUERON A 2º DE LA ESO PARTICIPARON DEL TALLER AFECTIVO SEXUAL CORRESPONDIENTE A 2º, EN CAMBIO LOS DE 3º DE LA ESO QUE NO HABIAN RECIBIDO NINGUNA FORMACION PREVIA, TENIAN IDEAS Y CONCEPTOS TOTALMENTE ERRONEOS Y ACTITUDES MÁS MACHISTAS Y HOMOFOBAS QUE LOS ALUMNOS DE 4º. POR OTRO LADO LA INTRODUCCION UNA NUEVA DINAMICA SOBRE LA ANATOMIA DE LA SEXUALIDAD REALIZADA EN PLASTILINA, PUNTO DE MANIFIESTO EL POCO CONOCIMIENTO DE LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS Y EL MITO DEL ORGANITO GENITAL MASCULINO. POR OTRO LADO LA INCORPORACION DE LA MATRONA, AL EQUIPO DOCENTE DE INTERVENCION EN EL AULA NOS HA DADO UNA MAYOR SEGURIDAD, MEJORA DE LAS DINAMICAS Y LA POSIBILIDAD QUE LAS ALUMNAS Y ALUMNOS LA CONOZCAN AL OBJETO DE PODER SER UN PROFESIONAL DE REFERENCIA EN EL CENTRO DE SALUD A DEMAS DEL RESTO DE PROFESIONALES QUE INTERVIENEN. TODO ESTO HACE QUE NOS PLANTEEMOS PARA EL PRÓXIMO CURSO LA INTERVENCION EN LOS 4 CURSOS DE LA ESO, PARA IR ADECUANDO LOS CONTENIDOS DE FORMA MÁS PROGRESIVA EN CADA CURSO.

7. OBSERVACIONES.

EN ESTE PROYECTO PARTICIPAN LOS MEDICOS RESIDENTES DE 4º AÑO, COMO PARTE DE SU FORMACION EN ACTIVIDADES COMUNITARIAS.

PARA LA ORGANIZACION Y LA INTERVENCION EN LAS AULAS HA SIDO PRECISO EL APOYO DE LOS COMPAÑEROS DEL C. S., EN ESPECIAL ENFERMERIA, PARA CUBRIR EL RESTO DE TAREAS DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL AULA. ESTA ACTIVIDAD SE VE REFLEJADA EN EL REPARTO DE LA PRODUCTIVIDAD VARIABLE ANUAL EN FUNCION DEL GRADO DE IMPLICACION DE CADA PROFESIONAL.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/420 ===== ***

Nº de registro: 0420

Título
TALLER AFECTIVO SEXUAL EN EL I.E.S. DE ANDORRA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0420

1. TÍTULO

TALLER AFECTIVO SEXUAL EN EL IES DE ANDORRA

EGEA CANO MONTSERRAT, GARCIA LOPEZ ANA MARIA, TRILLO SALLEN ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENTIVAS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

DESDE EL CENTRO DE SALUD SE DETECTO UN MAL USO DE LA PÍLDORA POS-COITAL ENTENDIENDO ESTO COMO UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO Y NO UN RECURSO DE URGENCIA, CON UN PERFIL DE DEMANDANTE ADOLESCENTE DE ENTRE 15 Y 18 AÑOS. EN LA COMARCA SE ESTABA DESARROLLANDO UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA PABLO SERRANO DE LA LOCALIDAD, POR LO QUE A TRAVÉS DE ESE PROGRAMA SE DESARROLLO UN TALLER AFECTIVO SEXUAL PARA TRABAJAR EN EL AULA CON LOS CHICO/AS DE 2º Y 4º DE LA ESO.

RESULTADOS ESPERADOS

1º AUMENTAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS ADOLESCENTES SOBRE SEXUALIDAD, PREVENCIÓN DE RIESGOS RELACIONADOS CON LAS RELACIONES SEXUALES
2º PROPORCIONAR INFORMACIÓN FIABLE SOBRE LA SEXUALIDAD Y RELACIONES SEXUALES.
3º ACERCAR LOS PROFESIONALES SANITARIOS A LOS ADOLESCENTES PARA QUE NOS VEAN COMO PROFESIONALES DE AYUDA Y ASESORAMIENTO Y ENCUENTREN UN PROFESIONAL DE APOYO EN CASO DE DUDAS.

MÉTODO

DE REALIZAN 2 SESIONES POR CURSO (2º Y 4º DE LA ESO) UNA POR SEMANA, PREVIAMENTE SE HA COORDINADO CON EL EQUIPO DE DOCENTES LAS FECHAS ELEGIDAS PARA LA ELABORACIÓN DEL TALLER.
SE REALIZA EL TALLER COMBINANDO TEORÍA A TRAVÉS DE UN POWER POINT Y DINÁMICAS GRUPALES PARA REFORZAR LOS CONOCIMIENTOS Y TALLERES PRÁCTICOS DONDE PUEDAN VER DIFERENTES MÉTODOS ANTICONCEPTIVO.

INDICADORES

PREVIAMENTE LOS TUTORES REALIZAR UN CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS PREVIO PARA SABER QUE NIVEL DE CONOCIMIENTOS TIENEN LOS CHAVALES. Y AL TERMINAR EL TALLER REALIZAN EL MISMO CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA EFICACIA DE CONOCIMIENTOS
TAMBIEN SE LES PASA UN CUESTIONARIO DE SATISFACCION, PARA EVALUAR SI EL TALLER LES PARECE ADECUADO O NO Y ROPONER CORRECCIONES AL RESPECTO.

DURACIÓN

LOS TALLERES SE DIRIGEN A LOS CHAVALES DE 2º Y 4º DE LA ESO, SE DESARROLLAN DURANTE EL CURSO ESCOLAR Y LAS FECHAS SE PLANTEAN EN FUNCIONA DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS TUTORES Y LOS PROFESIONALES SANITARIOS. PARA ESTE CURSO ESCOLAR 2016-2017, SE PLANTE ADEMÁS INTERVENIR SOBRE LOS ESCOLARES DE 3º DE LA ESO YA QUE EL AÑO ANTERIOR NO PUDIERON ASISTIR. FECHAS PREVISTAS FINALES 2º TRIMESTRE CURSO ESCOLAR (FEBRERO)

OBSERVACIONES

ESTE TALLER TIENE EL APOYO DE UN MEDICO RESIDENTE YA QUE ES UNA OBJETIVO DE SU FORMACIÓN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA.
ESTE PROYECTO ES UN PROYECTO MULTIDISCIPLINARIO, CON LA COORDINACIÓN DE DIFERENTES ENTIDADES SERVICIOS SOCIALES COMARCA ANDORRA SIERRA DE ARCOS, CRUZ ROJA ANDORRA ADEMÁS DEL IES PABLO SERRANO Y EL PROPIO CENTRO DE SALUD DE ANDORRA.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0477

1. TÍTULO

CHECKING DEL MATERIAL DE SUTURA EN LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL GONZALEZ ESPINOSA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARREDA AYORA CARMEN
TRALLERO BIELSA MANUEL ALBERTO
EGEA CANO MONTSERRAT
FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN
ESTEBAN HERNANDEZ AGUEDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Diariamente se revisa la disponibilidad de los cinco sets de material de sutura, rotulados cada uno de un color diferente. Esta revisión la realiza el enfermero/a que empieza la atención continuada a las 15 hs. Si un set de sutura es utilizado durante el turno se deja constancia en la hoja de registro, indicando quién lo ha usado. La primera semana de cada mes se realiza la revisión de la caducidad de esterilización (establecida en 6 meses) del material quirúrgico esterilizado individualmente y en set. Todo el material cuya fecha de esterilización haya sobrepasado el tiempo establecido se retira y se vuelve a esterilizar. Se ha elaborado una hoja en la que se registran mensualmente las fechas de esterilización de todo el material quirúrgico y además de los distintos materiales del carro de suturas: sedas, guantes estériles, bisturís, campos estériles,...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido tener siempre disponible un set de material quirúrgico completo y de calidad para poder atender las lesiones que precisen sutura. No se encuentra instrumental quirúrgico caducado. Se controla el stock y la disponibilidad de los materiales complementarios para suturar o realizar actividades de Cirugía Menor. En la hoja de registro se comprueba de manera objetiva que se realiza diariamente el control. Sabemos quien usa los sets de material de sutura y cuando.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Existe una gran colaboración del equipo de Enfermería en el control de los sets de material de sutura, ya que ello ayuda a que tengamos siempre a disposición el material necesario lo que repercute en poder realizar mejor el trabajo y beneficia al paciente. Conviene seguir con el proyecto para evitar la falta de material quirúrgico en urgencias. Además es posible hacer un seguimiento de un equipo perdido. Sería necesario dotar a la sala de urgencias de mayor número de material quirúrgico individual, principalmente pinzas de disección, con o sin dientes; este tipo de material es bastante escaso y se suele usar con frecuencia: en ocasiones se tiene que recurrir a la apertura de un set completo para obtener una pinza. El hecho de disponer de 5 sets de material quirúrgico hace que sea difícil quedarse sin material esterilizado para suturar. Sólo en una ocasión en 2017 y durante un mes y medio se tuvo escasez de material por fallo grave en el autoclave y la obligatoriedad de enviar el material quirúrgico al Servicio de Esterilización del Hospital de Alcañiz.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/477 ===== ***

Nº de registro: 0477

Título
CHECKING DEL MATERIAL DE SUTURA EN LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD

Autores:
GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL, VAQUE BIELSA MARIA PILAR, LAGAR GONZALEZ ANA BELEN, BARREDA AYORA MARIA DEL CARMEN, TRALLERO BIELSA MANUEL ALBERTO, EGEA CANO MONSERRAT, FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN, ESTEBAN HERNANDEZ AGUEDA MONSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0477

1. TÍTULO

CHECKING DEL MATERIAL DE SUTURA EN LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD

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

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Una de las incidencias más frecuentemente recogidas en la sala de urgencias es la falta de material quirúrgico a la hora de suturar heridas, sobre todo las pinzas, teniendo que suturar con frecuencia con material inadecuado. La causa es que el personal se abastece de las pinzas de sutura cuando sale a los domicilios. Además, la auditoria externa de ISO nos encontró material caducado y tenemos que revisar periódicamente la caducidad del mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
Disponer de sets de material de sutura de forma permanente en el servicio de urgencias

MÉTODO
- Elaboración de cinco sets de sutura compuestos de: pinzas de Adson con dientes, porta y tijeras. Cada set está marcado con un color distinto (equipo rojo, verde, azul...)
- Verificación cada mañana de la disponibilidad de los cinco equipos de sutura así como de su integridad en el caso de que hayan sido usados (Creación de formato al efecto
- Verificación mensual de la caducidad de la esterilización del material quirúrgico disponible en urgencias (formato PO-03-4_AL(P)E)

INDICADORES
% DÍAS EN LOS QUE SE CUMPLIMENTA EL CHEQUEO DE LOS EQUIPOS DE SUTURA
% MESES EN LOS QUE SE CUMPLIMENTA EL CHEQUEO DE LA CADUCIDAD DE LOS EQUIPOS DE SUTURA
NÚMERO DE INCIDENCIAS POR FALTA DE MATERIAL QUIRÚRGICO EN EL AÑO EN CURSO

DURACIÓN
Enero- Febrero: Elaboración de sets quirúrgicos
Enero-Febrero: Elaboración de hoja de registro
Febrero-Diciembre: Implantación de la hoja
Enero 2018: Evaluación

OBSERVACIONES
DESDE QUE SE HA IMPLANTADO ESTE SISTEMA EL ORDEN EN URGENCIAS HA MEJORADO Y SE HA CONSEGUIDO QUE NO DESAPAREZCAN LOS EQUIPOS O APARATOS DE URGENCIAS. CASI TODOS LOS PROFESIONALES PARTICIPAN EN EL CHEKING Y LOS MALETINES SE MANTIENEN TANTO SU REVISIÓN COMO LA REPOSICIÓN EN CASO DE LO QUE SE USA.

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 - 2016/1137

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR VAQUE BIELSA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAGAR GONZALEZ ANA BELEN
MOJONERO ANTEQUERA JOANA
JIMENEZ SESMA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para mejorar la detección del tabaquismo se implicó al personal que trabaja los fines de semana (MAC Y EAC) para captar a los fumadores (jóvenes) que no acuden a consulta.
Se realizaron sesiones informativas para el seguimiento de los indicadores de detección del tabaquismo e intervención tabáquica.

Para mejorar la intervención tabáquica se ha implicado a los profesionales de enfermería, para la solicitud de espirometrías a los pacientes fumadores.

Se creó una comisión de calidad, interna en el centro de salud, para el seguimiento de indicadores.

Nuestro centro participa en la elaboración del procedimiento de abordaje de tabaquismo en atención primaria del sector de Alcañiz.

Se ha creado en nuestro centro, la consulta antitabaco tras la implantación del procedimiento. Durante 2017 no ha sido posible implantar la consulta del tabaco ya que faltaba la creación del procedimiento, el coximetro. A la fecha de esta memoria esta ya creada compatibilizando las agendas del médico y la enfermera responsables.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El indicador de detección del consumo de un 33.34% en 2016 hemos pasado a 45.39% lo que supone una ganancia del 12.05 %.

El indicador de intervención y consejo del consumo de tabaco de un 41.01% en 2016, se ha obtenido un resultado en 2017 de 52,58% con una mejora del 11,57 %.

Se han realizado en los últimos 5 años 258 espirometrías sobre un denominador de 836 esto supone una cobertura del 30.62 % de los pacientes entre 50 y 80 años fumadores. A los pacientes a los cuales se les realiza espirometría se hace intervención sobre consumo de tabaco (riesgos y enfermedades y derivación a la consulta antitabaco a los que quieren dejar de fumar.

Han sido atendidos en la consulta antitabaco (2018) 3 pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Si se anima al los profesionales, a intervenir y detectar sobre el consumo de tabaco, los resultados mejoran, les gusta saber la repercusión de su intervención y se les anima seguir trabajando en ello. Si además esta intervención tiene su reflejo a la hora del los incentivos anuales mejor.

Al profesional de enfermería hay que animarle a la petición de pruebas (espirometría) como estrategia de captación del paciente fumador y vehiculizar a un profesional formado y experto en el abordaje del tabaquismo.

7. OBSERVACIONES.

Ha sido difícil la implantación de la consulta antitabaco ya que hasta que no se realizado el procedimiento de sector.

El espirómetro a pesar de ser nuevo, y conectado al equipo de sobremesa para que el resultado llegue a la historia del paciente, debido a que es un equipo obsoleto nos da muchos problemas para la realización de la espirometría, tardando en ocasiones más de 30 minutos en meter los datos del paciente...

Plan para el 2018: seguir manteniendo la estrategia actual sobre detección e intervención del tabaquismo, publicitar la consulta antitabaco en los medios locales.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1137 ===== ***

Nº de registro: 1137

Título
IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

Autores:
VAQUE BIELSA MARIA PILAR, HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, LAGAR GONZALEZ ANA BELEN, MOJONERO ANTEQUERA JUANA, REPOLLES PERALTA PATRICIA, LAHOZ MACIPE CONCEPCION, JIMENEZ SESMA MARIA LUISA, FERRE BUJ MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1137

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

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

Reiteradamente nuestro centro de salud suele obtener resultados por debajo de los estándares del SALUD en los indicadores relacionados con el tabaquismo: - % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco - % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco. Creemos que la causa es falta de sensibilización del personal y falta de confianza en el consejo antitabaco. Además está el hecho de que la población fumadora suele ser joven y varones que hacen más uso de los servicios de atención continuada que de la consulta ordinaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Incrementar la cobertura de atención al tabaquismo
- Incrementar la implementación del consejo antitabaco
- Reducir la prevalencia de tabaquismo

MÉTODO

- Elaboración de un procedimiento de intervención en tabaquismo
- Creación de una consulta monográfica de atención al tabaquismo. En ella se prestará apoyo a la deshabituación tabáquica
- Sesiones formativas
- Implicación de los profesionales de atención continuada en la detección e intervención breve.

INDICADORES

- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco
- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco. Fuente: cuadro de mando
- % de personas en las que se ha realizado intervención intensiva que han dejado de fumar

DURACIÓN

Junio-Julio: Elaboración del procedimiento
Septiembre: Difusión del procedimiento. Puesta en marcha de la consulta
Julio 2017- Enero 2018: Monitorización de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1137

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO ATENCION INTEGRAL A LA EPOC

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR VAQUE BIELSA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAHOZ MACIPE CONCHA
GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL
FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. CONSULTA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA: un día la semana, con agenda propia
2. ESPIROMETRIAS, E INTERVENCIÓN BREVE PARA DEJAR DE FUMAR
3. INTERVENCIÓN COMUNITARIA A ESCOLARES
4. FORMACIÓN AL EQUIPO DE PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el 2018 se obtienen los siguientes resultados:

1. % pacientes con registro/DGP "si fuman" : 48,36 %.
2. Pacientes con intervención breve o intensiva: 58,71 % .
3. N° de pacientes que han dejado de fumar en la consulta deshabituación tabáquica de Andorra: 15 de 26 pacientes atendidos en la consulta: 57, 6 %, 7 de los cuales no terminaron su proceso de deshabituación tabáquica (26,9%), 1 paciente se le dio de alta tras más de un año sin fumar. Aunque 5 en algún momento recayeron, volvieron a dejar de fumar a través de la intervención en la consulta.
4. N° de espirómetros realizadas: 212
5. Pacientes con EPOC que tienen activo el plan de cuidados de limpieza ineficaz de las vías aéreas: 59,12 %
6. Pacientes con EPOC a los que se les ha preguntado por signos y síntomas respiratorios: 59,12 %
7. Número de intervenciones en la comunidad sobre el consumo de tabaco: se realizó intervención a los alumnos de 6 de primaria del colegio Manuel Franco Royo (acta propia de la intervención del 14 de junio de 2018)
 1. Participación de: 19 alumnos, 10 chicas y 9 chicos.
 2. Ganancia de conocimientos de 3,29 puntos del cuestionario previo al posterior (media de respuestas al cuestionario previo 6,556/ media de respuestas al cuestionario posterior: 9,8421)
 3. Satisfacción con el taller: se mide mediante un cuestionario de 8 preguntas con escala liker del 1 al 5, una presunta con contestación si/no, la evaluación sobre los docentes con valoración del 1 al 5, y 2 preguntas abiertas sobre que les ha gustado más y aspectos a mejorar. Lo consideran UTIL: 4'9/5
 - a. AMBIENTE ha sido agradable: 4'6/5
 - b. FORMACION UTIL en mi vida: 4'8/5
 - c. PUEDE AYUDARME: 4'7/5
 - d. RECOMIENDA EL TALLER: TODAS
 - e. VALORACION DE MARTA ALQUEZAR:
 - f. LE HA GUSTADO: 4'8/5
 - g. CONOCE LA MATERIA: 4'7/5
 - h. SATISFACCIÓN: 4'8/5
 - i. MÁS INTERSANTE: LA INETRVECION DE LOS PACIENTES, EL CONTENIDO DE LOS CIGARRILLOS...
 - j. ASPECTOS HA MEJORAR: NINGUNO, "LO HABEIS HECHO MUY BIEN"...
8. Número de sesiones clínicas relacionadas con la epoc y el tabaquismo: 1
9. Pacientes diagnosticados de EPOC: 2'97 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

QUE SI A LOS PACIENTES ADEMAS DE PREGUNTAR POR EL CONSUMO DE TABACO, LES HACES UNA ESPIROMETRIA QUE VISUALICEN LA AFECTACIÓN ORGANICA Y LES DAS EL ESPACIO/CONSULTA PARA DEJAR DE FUMAR, ES MÁS FÁCIL QUE SE PLANTEEN DEJAR EL HABITO TABAQUICO. Y QUE HAY QUE SEGUIR TRABAJANDO CON LA POBLACIÓN JOVEN PARA QUE NO SE INICIEN EN EL CONSUMO.

7. OBSERVACIONES.

La consulta de deshabituación tabáquica en el centro de salud de Andorra, se ha consolidado como parte de nuestra cartera de servicios.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1137 ===== ***

Nº de registro: 1137

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1137

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO ATENCION INTEGRAL A LA EPOC

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

Autores:

VAQUE BIELSA MARIA PILAR, HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, LAGAR GONZALEZ ANA BELEN, MOJONERO ANTEQUERA JUANA, REPOLLES PERALTA PATRICIA, LAHOZ MACIPE CONCEPCION, JIMENEZ SESMA MARIA LUISA, FERRE BUJ MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

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

Reiteradamente nuestro centro de salud suele obtener resultados por debajo de los estándares del SALUD en los indicadores relacionados con el tabaquismo: - % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco - % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco. Creemos que la causa es falta de sensibilización del personal y falta de confianza en el consejo antitabaco. Además está el hecho de que la población fumadora suele ser joven y varones que hacen más uso de los servicios de atención continuada que de la consulta ordinaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Incrementar la cobertura de atención al tabaquismo
- Incrementar la implementación del consejo antitabaco
- Reducir la prevalencia de tabaquismo

MÉTODO

- Elaboración de un procedimiento de intervención en tabaquismo
- Creación de una consulta monográfica de atención al tabaquismo. En ella se prestará apoyo a la deshabituación tabáquica
- Sesiones formativas
- Implicación de los profesionales de atención continuada en la detección e intervención breve.

INDICADORES

- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco
- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco. Fuente: cuadro de mando
- % de personas en las que se ha realizado intervención intensiva que han dejado de fumar

DURACIÓN

Junio-Julio: Elaboración del procedimiento
Septiembre: Difusión del procedimiento. Puesta en marcha de la consulta
Julio 2017- Enero 2018: Monitorización de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1147

1. TÍTULO

FORMACION A LA COMUNIDAD EN PRIMEROS AUXILIOS

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA DEL CARMEN FERRER BUJ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAGAR GONZALEZ ANA BELEN
HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD
TRILLO SALLAN ESTHER
MOJONERO ANTEQUERA JUANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Lo cursos realizados a lo largo de este curso son los siguientes:

-II CURSO DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES IES BAJO ARAGON -ALCAÑIZ- Febrero/Marzo
-PRIMEROS AUXILIOS 5º EPO CEIP MANUEL FRANCO ROYO
-ANDORRA- 24Marzo
-SOPORTE VITAL BASICO Y DEA CRUZ ROJA -ANDORRA- 31 Marzo
-MI PELUCHE ESTA MALITO 3º INFANTIL CEIP MANUEL FRANCO ROYO -ANDORRA- 31 Marzo
-MI PELICHE ESTA MALITO DE 1º A 4º EPO CEIP PINTOR PRADILLA -VILLANUEVA DE GALLEGO-ZARAGOZA- 5 Abril
-SOPORTE VITAL BASICO Y DEA TRABAJADORES RESIDENCIA LA SOLANA -ARIÑO- 2-3 Marzo
-III CURSO DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES IES PABLO SERRRANO -ANDORRA- Mayo
-MI PELICHE ESTA MALITO 3º INFANTIL CEI SAN JORGE
-ANDORRA- 26 Mayo
-IV CURSO PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES CRIET
-ALCORISA/ZARAGOZA- 26 Septiembre
-V CURSO DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES CEP EMILIO DIAZ -ALCAÑIZ- Octubre/Noviembre

COLABORACIONES

-SOPORTE VITAL BASICO 6º EPO CEIP ESPARCIDERO
-ZARAGOZA- 19 Junio
-PRIMEROS AUXILIOS PROFESORES DE EDUCACION FISICA Y MONITORES DE TIEMPO LIBRE ceip LASALLE MONTEMOLIN -ZARAGOZA-
28 Septiembre
-PRIMEROS AUXILIOS 1º ESO IES SIERRA DE LA VIRGEN -ILLUECA-ZARAGOZA .

Los cursos realizados se adecúan ala edad de los participantes.

Con los niños de infantil a 4º EPO se emplean peluches que cada niño debe de traer, jugando y cantando con ellos se les enseña a identificar una situación de emergencia, saber llamar al 112 y poner posición lateral de seguridad.

A partir de 5º EPO, adolescentes y adultos, el programa de enseñanza mínimo es de soporte vital básico según programa ESVAP de la SEMFYC con apoyo de material audiovisual, uso de maniqués para talleres práctico. Se combina siempre una parte teórica y otra práctica.

El programa se amplía según la demanda de cada grupo de alumnos a recibir el curso, los cursos dados a docentes el programa viene impuesto por el Ministerio de Educación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Siempre que se realiza un curso se pide a los alumnos que contesten un cuestionario de 5 preguntas al inicio del curso y otro posterior con las mismas preguntas en diferente orden, de forma que obtenemos resultados del aprendizaje.

También se realizan encuestas de satisfacción tras finalizar los cursos de forma que se evalúa el contenido y los ponentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los objetivos de este programa se han cumplido puesto que se ha conseguido llegar a la población de todas las edades en una cifra de 606 participantes a lo largo del año 2017.

Los resultados obtenidos por los cuestionarios previo y posterior a los cursos muestran resultados muy positivos de forma que se demuestra la efectividad de los mismos.

Las encuestas de satisfacción desvelan también resultados positivos tanto en el contenido de la materia, forma de transmitirla como a los ponentes.

La colaboración con personal externo a nuestro sector ha hecho que el proyecto llegara a otros puntos de nuestra Comunidad.

Seguimos teniendo proyectos nuevos y de amplia difusión para seguir adelante con este programa.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1147

1. TÍTULO

FORMACION A LA COMUNIDAD EN PRIMEROS AUXILIOS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1147 ===== ***

Nº de registro: 1147

Título
FORMACION A LA COMUNIDAD EN PRIMEROS AUXILIOS

Autores:
FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN, GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL, MOJONERO ANTEQUERA JUANA, LAGAR GONZALEZ ANA BELEN, GARCIA LOPEZ ANA MARIA, LOPEZ SAURAS SUSANA, HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, TRILLO SALLEN ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: actividad preventiva
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejora de los conocimientos

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

CADA VEZ ES MAS NECESARIA LA FORMACION EN PRIMEROS AXULIOS Y EN RCP, Y LOS DOCENTES Y CUIDADORES DE ENFERMOS DE NUESTRA ZONA DE SALUD ASI SON SOLICITARON AL CENTRO DE SALUD. ANTE UNA URGENCIA LA FORMACION EN RCP PUEDE SER DECISIVA PARA LA VIDA DE LA PERSONA, POR LO QUE LA FORMACION A LA COMUNIDAD ES CLAVE.

RESULTADOS ESPERADOS

DAR FORMACIÓN EN PRIMEROS AUXILIAS A LOS COLECTIVOS QUE ASI LO SOLICITEN.
Adquisición de conocimientos de las técnicas de primeros auxilios
Aplicación de las técnicas, habilidades y actitud ante una situación de emergencia vital.

MÉTODO

Contenidos de la formación: Valoración inicial de la Urgencia y Emergencia vital previsible y no previsible. Soporte Vital Básico. Uso del Desfibrilador Semiautomático.
Actuación ante la Urgencia y Emergencia según normativa vigente de la SEMFYC. 4 Sesiones de 2'5 horas por sesión. con un mínimo de 10 participantes por grupo. Las ponencias constan de una parte de contenido teórico y otra parte en la que se realizarán prácticas para saber actuar en caso de Urgencia/Emergencia
Los contenidos se adaptaran en función del grupo.

INDICADORES

Evaluación de conocimientos: con un cuestionario previo y otro posterior.
Indicador: numero de personas con intervención en educación a grupos en primeros auxilios. (actividades de enfermería en OMI)

DURACIÓN

Se realizaron dos curso el pasado 2016:
- dirigido a escolares: del colegio Manuel Franco royo 28 de enero
- dirigido a docentes del IES Pablo Serrano de Andorra, del 14 de Abril al 12 de mayo.
Para este año esta previsto:
- dirigido a docentes del IES Bajo Aragón de Alcañiz: del 14 de febrero al 8 de marzo.
- dirigido a cuidadores de enfermos en la localidad de Ariño: 6 y 7 de marzo (intensivo)

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 - 2016/1147

1. TÍTULO

FORMACION A LA COMUNIDAD EN PRIMEROS AUXILIOS

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1335

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE

Fecha de entrada: 04/01/2018

2. RESPONSABLE ENRIQUE MARTINEZ AYALA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TRALLERO BIELSA MANUEL ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un cuestionario de respuestas cortas para evaluar los conocimientos de los pacientes sobre el sintrom.
Se ha realizado dicho cuestionario a los pacientes en tratamiento con sintrom de la localidad de Oliete.
Se ha realizado intervención educativa de manera individual tanto al paciente como al cuidador, incidiendo en aquellos puntos en los que se ha detectado falta o error de conocimientos
Se ha dado información por escrito al paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han detectados errores de conocimiento importantes en todos los puntos a tratar, bien sean generales en cuanto a la toma de tratamiento, situaciones especiales y dieta.
Se han realizado mediciones del RIN a los pacientes del estudio tras la intervención, manteniéndose dentro del rango

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El mantenimiento del valor del RIN dentro del rango se debe más a la fuerte adherencia al tratamiento de los pacientes que a los conocimientos que éstos poseen del sintrom

7. OBSERVACIONES.

Queda pendiente realización de cuestionario para comprobar el aumento de conocimientos así como realización de nuevos valores del RIN

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1335 ===== ***

Nº de registro: 1335

Título
INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE

Autores:
MARTINEZ AYALA ENRIQUE, TRALLERO BIELSA MANUEL ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes en tratamiento con sintrom en la poblacion de Oliete y su cuidador principal
Línea Estratégica .: Uso racional del medicamento
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La gran mayoría de los pacientes de esta poblacion son de edad muy avanzada, con afectaciones propias de la edad (disminucion de memoria, de la audición, de la visión) lo que conlleva grandes limitaciones en la comprensión y la retención de datos. Otros tienen un cuidador principal que se encarga de administrarles la medicación y prepararles la comida sin conocimientos sobre lo que toma el paciente ni sobre los riesgos o cuidados especiales que deben tener con el tratamiento.
Los anticoagulantes orales son más susceptibles que las heparinas de producir procesos hemorrágicos en mayores de 75 años (especialmente en las mujeres), como consecuencia de la menor capacidad de eliminación de estos fármacos, así como el aumento de la fragilidad vascular, de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1335

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE

reduccion de la sintesis hepatica de factores de coagulación y a la mayor eliminación de vitamina K. En estos pacientes debe realizarse un mayor control y ajuste posológico que eviten las posibles complicaciones de las que un mal control pudieran derivarse.

Además, debido a que el efecto de los mismos puede verse interferido por diversas circunstancias como otras enfermedades, hábitos dietéticos, nuevas medicaciones es importante fomentar el conocimiento de su acción y posibles consecuencias de un mal control y toma de tratamiento

El objetivo de esta intervención es educar a los pacientes y a sus cuidadores principales en la autogestión del tratamiento para intentar minimizar en lo posible los factores externos(cómo tomar los anticoagulantes, qué hacer cuando se olvide una dosis, qué interfiere en su absorción...) que puedan alterar los valores en sangre de los anticoagulantes poniendo en riesgo la salud del paciente, quedando únicamente como variable aquellas situaciones en las que el paciente no puede influir como son las distintas enfermedades y el estado general de salud .

Por eso la intervención se realizará de manera individual, tanto al paciente como al cuidador en el caso de que lo haya, cara a cara, dándole tiempo a asimilar la información, a procesarla, que le surjan dudas y las pueda manifestar en la misma sesión, resolviéndoselas en ese mismo momento, y reforzando aquellas nociones y conceptos en las que el educador perciba en el paciente o en su cuidador dificultad o falta de entendimiento

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS GENERALES

Aumentar el nivel de autocuidado en los pacientes en tratamiento con sintrom mediante una intervención educativa individual al paciente y a su cuidador principal

Mejorar y dar mayor estabilidad al rango de RIN establecido para cada paciente

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Mejorar los conocimientos sobre restricciones dieteticas

Mejorar los conocimientos de alimentos ricos en vitamina K y como interfieren con sintrom

Mejorar los conocimientos generales en cuanto a la toma del tratamiento y qué hacer en situaciones especiales

(olvido de toma, toma doble dosis, previa a procesos quirurgicos, trastornos digestivos, viajes, vacunaciones, ..)

Cómo actuar ante posibles complicaciones (hemorragia, síntomas neurologicos...)

MÉTODO

Paso 1 : Realización de un cuestionario tipo test de respuestas cortas para evaluar conocimientos

Paso 2: Intervención educativa de 3 sesiones (una semanal de 45 minutos de duración), cada una de ellas de un tema (recomendaciones en alimentación, recomendaciones generales, situaciones especiales)

Paso 3: Realización de cuestionario tipo test de respuestas cortas tras la intervencion

Todos los pasos se realizaran en sesiones individuales tanto al paciente como a su cuidador principal

INDICADORES

Realizacion de RIN antes del inicio de la intervención

test pre y post intervención

realizacion de RIN despues de la intervención (a los 0, 3, 6 y 12 meses)

Se realizará una nueva intervención educativa cuando se detecten variaciones importantes en el RIN

Se considerará que se han conseguido los objetivos si los valores del RIN se mantienen estables

DURACIÓN

realizacion de rin a los 0,3,6,y 12 meses del inicio de la intervencion

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 - 2016/1335

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ENRIQUE MARTINEZ AYALA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un cuestionario de preguntas para evaluar los conocimientos de los pacientes sobre el sintrom con los siguientes puntos: efecto sobre el organismo, toma del tratamiento, actuación ante posibles complicaciones, situaciones especiales, alimentos y fármacos que influyen en los valores .

Se ha medido el valor del RIN previo al inicio del proyecto

Se ha realizado dicho cuestionario a los pacientes en tratamiento con sintrom de la localidad de Oliete

Se ha realizado educación de manera individual tanto al paciente como al cuidador, incidiendo en aquellos puntos en los que se ha detectado una falta o error de conocimientos

Se ha dado información por escrito al paciente o al cuidador

Se han monitorizado mensualmente los valores del RIN, realizando intervención educativa individual al detectarse variaciones del RIN superiores o inferiores al 20% del rango que corresponde a cada paciente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el estudio han participado todos los pacientes en tratamiento con sintrom que hay en la localidad de Oliete (12 pacientes que suponen un 8'9% de la población mayor de 65 años. No hay ningún caso que tenga menos de esa edad. La edad media de los pacientes es de 85,16 años)

Valores del RIN :

A cada paciente se le ha monitorizado el RIN mensualmente durante todo el año, realizando una intervención educacional al paciente y/o al cuidador principal cada vez que las variaciones del RIN fueron significativas

El 10% de los pacientes no precisó ninguna intervención.

El 40% de los pacientes sólo precisaron de una intervención educacional durante el año.

El 50% de los pacientes precisaron de dos intervenciones educacionales.

El 100% de los pacientes mantuvieron estable el RIN tras la primera o segunda intervención durante el resto del año.

Nivel de conocimientos y autocuidado:

El 100% de los pacientes que no precisaron intervención educacional tenían un nivel de conocimientos del 100% al inicio del estudio.

De aquellos pacientes que precisaron de una intervención educacional, el 80% de ellos mejoraron su nivel de conocimientos y autocuidado y el 20% no tuvieron mejoría

De aquellos pacientes que precisaron de dos intervenciones:

Tras la primera intervención el 84% mejoraron su nivel de conocimiento y autocuidado, mientras que el 16% no tuvieron mejoría

Tras la segunda intervención el 50% mejoraron con respecto a la primera intervención y el otro 50% no obtuvieron más mejoría que la obtenida tras la primera intervención

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es fundamental la educación del paciente al inicio del tratamiento con Sintrom. De esta manera será más consciente de lo que significa, de la importancia de tener unos conocimientos básicos sobre la toma del tratamiento (mecanismo de acción, olvido de toma, complicaciones, alimentos y fármacos que interfieren con el RIN) y la actuación ante situaciones especiales que puedan surgir.

Se debe realizar una intervención educacional ante la detección de variaciones significativas del RIN puesto que eso nos ayudará a mantener estables dichos valores .

Analizando los resultados, también sería beneficioso realizar dicha intervención educacional cada 6 meses, independientemente de los valores del RIN. Esto serviría para detectar posibles errores de conocimiento y autocuidado que pudieran en un momento dado originar variaciones del RIN y corregirlos antes de que esto suceda. También sería un buen refuerzo positivo para el paciente.

En resumen, la educación individual es útil para mejorar y fortalecer la adherencia al tratamiento y el autocuidado, obteniendo de esta manera valores más estables del RIN. El aumento de los conocimientos es menor, posiblemente debido a que los pacientes son de edad avanzada y sus capacidades mentales están disminuidas (todos los pacientes superaban los 75 años, siendo la media de edad de 85,16 años)

La aplicación de este tipo de intervención en pacientes más jóvenes seguramente mejoraría notablemente los resultados obtenidos en el estudio.

7. OBSERVACIONES.

Alberto Trallero Bielsa decidió abandonar el proyecto de mejora de calidad al inicio de éste por lo que el responsable coordinador de dicho proyecto ha pasado a ser el otro componente del equipo que queda y que suscribe estas líneas, Enrique Martínez Ayala

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1335

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1335

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE

***** ***

Nº de registro: 1335

Título
INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE

Autores:
MARTINEZ AYALA ENRIQUE, TRALLERO BIELSA MANUEL ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes en tratamiento con sintrom en la poblacion de Oliete y su cuidador principal
Línea Estratégica .: Uso racional del medicamento
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La gran mayoría de los pacientes de esta población son de edad muy avanzada, con afectaciones propias de la edad (disminución de memoria, de la audición, de la visión) lo que conlleva grandes limitaciones en la comprensión y la retención de datos. Otros tienen un cuidador principal que se encarga de administrarles la medicación y prepararles la comida sin conocimientos sobre lo que toma el paciente ni sobre los riesgos o cuidados especiales que deben tener con el tratamiento.

Los anticoagulantes orales son más susceptibles que las heparinas de producir procesos hemorrágicos en mayores de 75 años (especialmente en las mujeres), como consecuencia de la menor capacidad de eliminación de estos fármacos, así como el aumento de la fragilidad vascular, de la reducción de la síntesis hepática de factores de coagulación y a la mayor eliminación de vitamina K.

En estos pacientes debe realizarse un mayor control y ajuste posológico que eviten las posibles complicaciones de las que un mal control pudieran derivarse.

Además, debido a que el efecto de los mismos puede verse interferido por diversas circunstancias como otras enfermedades, hábitos dietéticos, nuevas medicaciones es importante fomentar el conocimiento de su acción y posibles consecuencias de un mal control y toma de tratamiento

El objetivo de esta intervención es educar a los pacientes y a sus cuidadores principales en la autogestión del tratamiento para intentar minimizar en lo posible los factores externos(cómo tomar los anticoagulantes, qué hacer cuando se olvide una dosis, qué interfiere en su absorción...) que puedan alterar los valores en sangre de los anticoagulantes poniendo en riesgo la salud del paciente, quedando únicamente como variable aquellas situaciones en las que el paciente no puede influir como son las distintas enfermedades y el estado general de salud .

Por eso la intervención se realizará de manera individual, tanto al paciente como al cuidador en el caso de que lo haya, cara a cara, dándole tiempo a asimilar la información, a procesarla, que le surjan dudas y las pueda manifestar en la misma sesión, resolviéndoselas en ese mismo momento, y reforzando aquellas nociones y conceptos en las que el educador perciba en el paciente o en su cuidador dificultad o falta de entendimiento

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS GENERALES

Aumentar el nivel de autocuidado en los pacientes en tratamiento con sintrom mediante una intervención educativa individual al paciente y a su cuidador principal

Mejorar y dar mayor estabilidad al rango de RIN establecido para cada paciente

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Mejorar los conocimientos sobre restricciones dietéticas

Mejorar los conocimientos de alimentos ricos en vitamina K y como interfieren con sintrom

Mejorar los conocimientos generales en cuanto a la toma del tratamiento y qué hacer en situaciones especiales

(olvido de toma, toma doble dosis, previa a procesos quirúrgicos, trastornos digestivos, viajes, vacunaciones, ..)
Cómo actuar ante posibles complicaciones (hemorragia, síntomas neurológicos...)

MÉTODO

Paso 1 : Realización de un cuestionario tipo test de respuestas cortas para evaluar conocimientos

Paso 2: Intervención educativa de 3 sesiones (una semanal de 45 minutos de duración), cada una de ellas de un tema (recomendaciones en alimentación, recomendaciones generales, situaciones especiales)

Paso 3: Realización de cuestionario tipo test de respuestas cortas tras la intervención

Todos los pasos se realizarán en sesiones individuales tanto al paciente como a su cuidador principal

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1335

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE

INDICADORES

Realizacion de RIN antes del inicio de la intervenci3n
test pre y post intervenci3n
realizacion de RIN despues de la intervenci3n (a los 0, 3, 6 y 12 meses)
Se realizar3 una nueva intervenci3n educativa cuando se detecten variaciones importantes en el RIN
Se considerar3 que se han conseguido los objetivos si los valores del RIN se mantienen estables

DURACI3N

realizacion de rin a los 0,3,6,y 12 meses del inicio de la intervencion

OBSERVACIONES

Valoraci3n de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCI3N :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCI3N :
MEJORAR LA UTILIZACI3N DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCI3N) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1466

1. TÍTULO

CONSULTA CONTROL OBESIDAD

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE SUSANA LOPEZ SAURAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORTES GARCIA-ARISTA ISABEL
LAHOZ MACIPE CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde mediados de 2016 se ha instaurado en el Centro de Salud una consulta para control de obesidad. Los pacientes acuden a esta consulta derivados por su médico o enfermera responsable o bien a petición propia. Para dar a conocer esta consulta se hizo una sesión informativa a todos los profesionales sanitarios del centro y se puso en conocimiento de la población a través del Consejo de Salud.

La primera consulta consta de una visita inicial en la que se establece la motivación del paciente, se hace una historia en la que consta antecedentes, evolución del peso a lo largo de su vida, enfermedades concomitantes y tratamientos.

Se realiza la escala de ansiedad/depresión de Goldberg, medidas antropométricas y revisión de última analítica solicitada (si está solicitada hace más de tres meses se solicita una nueva).

Si no existen alteraciones que deba revisar su médico de cabecera se le entrega dos encuestas alimentarias, un registro alimentario de 3 días (incluyendo un festivo) y una encuesta de frecuencia de alimentos.

En la segunda cita se revisan las encuestas aportadas por el paciente, los resultados analíticos (si no tenía analítica previa) y se establece el Gasto energético basal (según escalas de Harris Benedict) y el Gasto energético total.

Si el paciente está motivado y tiene un IMC > de 30, o > 27 y + de dos factores de riesgo se le dará nueva cita y se incluirá en programa.

Si no está motivado o tiene sobrepeso sin factores de riesgo asociado se le dan consejos sobre hábitos saludables.

Se pacta con paciente la dieta adecuada a seguir y el ejercicio físico a realizar. Según los conocimientos del paciente se establece dieta por intercambios y se le dan consejos de dieta saludable y ejercicio físico, o se establece dieta cerrada.

Así mismo se pactan con el paciente los objetivos a alcanzar en seis meses, siendo aconsejable la pérdida del 10% del peso corporal. También se pacta un contrato con el paciente en el que se establece que si hay más de tres semanas seguidas sin pérdida de peso se excluye del programa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el inicio de la consulta se han incluido 8 pacientes, 6 mujeres y 2 hombres. Dos de ellos acudieron a petición propia y el resto derivados por sus médicos de cabecera.

3 de ellos abandonaron el programa, dos de ellos tras las dos primeras visitas, a la implantación de la dieta (casualmente los hombres) y la otra a los 5 meses.

De los 8:

- 4 tienen registrado el test de Goldberg (50%)
- 7 tienen registrado el GEB según fórmula de Harris-Benedict (87.5%)
- 3 llevan incluidos en programa más de 6 meses, dos de ellos han conseguido los objetivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los cambios de hábito de vida en la población son difíciles de abordar, primero porque la población no está concienciada del problema que supone la obesidad y segundo por la dificultad que supone cambiar las pautas alimenticias insanas establecidas durante años y la instauración del ejercicio físico en personas sedentarias.

La mayoría de las personas que acuden a la consulta tienen problemas de ansiedad/depresión y baja autoestima, lo que dificulta la implantación del programa.

7. OBSERVACIONES.

Como responsable del proyecto y para ampliar conocimientos que aplicar en mi consulta estoy realizando un master en dietética y nutrición.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1466 ===== ***

Nº de registro: 1466

Título
CONSULTA CONTROL OBESIDAD

Autores:
LOPEZ SAURAS SUSANA, CORTES GARCIA-ARISTA ISABEL, LAHOZ MACIPE CONCEPCION

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1466

1. TÍTULO

CONSULTA CONTROL OBESIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La obesidad y sobrepeso son actualmente factores de riesgo de patología crónica así como un factor de co-morbilidad, además de ser un factor de baja autoestima de las personas. La oportunidad de mejora en el centro de salud surge por la iniciativa de una enfermera experta en este campo además, de considerarlo una necesidad sentida por este grupo de pacientes, lo que hace necesaria poner en marcha una intervención estructurada y sistemática en los pacientes obesos y con sobre peso

RESULTADOS ESPERADOS

1. Instaurar la consulta de control de obesidad en el centro de salud.
2. Dar una respuesta a los pacientes verdaderamente, quieren perder peso.
3. Ser un recurso para los profesionales médicos y enfermeras del centro de salud.
4. Conseguir que los pacientes que acudan a esta consulta cumplan sus objetivos de control de peso.

MÉTODO

1. Se abre una consulta programada, los lunes martes y miércoles en el centro de salud a cargo de una enfermera experta.
2. Se genera la agenda en OMI para la gestión de la cita. De 9 a 9,30 para primeras visitas y de 9'30 a 9'45 para visitas de seguimiento.
3. Responsable: Susana López Sauras enfermera experta
4. Derivación a la consulta: los pacientes > de 18 años, con motivación franca para perder peso, con episodio en OMI de sobrepeso u obesidad, con IMC > 25%, que previamente en el test de Golber no se detecte patología depresiva. Se excluirán los niños y adolescentes y las gestantes obesas.

INDICADORES

- % de pacientes en seguimiento con reducción ponderal > 10% a los seis meses del inicio del tratamiento
- % de pacientes evaluados con cuestionario de Goldberg
- % de pacientes en tratamiento dietético en los que se ha evaluado el gasto energético basal con la fórmula de Harris Benedict
- % de pacientes en tratamiento dietético en los que se ha evaluado el gasto energético total

DURACIÓN

Desde el 2016 y de forma continua a lo largo del año 2017

OBSERVACIONES

De momento se crea la consulta tres días por semana con dos pacientes por día. Si la demanda fuera incrementándose la agenda se ampliaría para cubrir la demanda, adecuándola al resto de actividades de la enfermera responsable.

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 - 2016/1466

1. TÍTULO

CONSULTA CONTROL OBESIDAD

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE SUSANA LOPEZ SAURAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORTES GARCIA-ARISTA ISABEL
LAHOZ MACIPE CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A mediados de 2016 se instauró en el Centro de Salud de Andorra una consulta monográfica de control de peso. Esta consulta surge como necesidad de promover hábitos saludables en la población, sobretudo en aquella diagnosticada de sobrepeso y obesidad.

A cargo de la consulta está una enfermera experta (Máster en Nutrición y Dietética Humana).

Para dar a conocer la consulta se hizo una sesión informativa a todos los profesionales sanitarios del centro y se puso en conocimiento de la población a través del Consejo de Salud.

Los pacientes son derivados a la consulta bien por cualquier sanitario del centro o a petición propia del paciente. Cumplen criterios de derivación todos los adultos mayores de 18 años con un IMC igual o mayor a 30% o IMC > al 27% y presenten además dos factores de riesgo concomitantes (diabetes, hta....).

La consulta está estructurada en diferentes visitas en las que se llevan a cabo las siguientes actividades:

Primera visita o inicial. Con una duración aproximada de 30 a 40 minutos, en ella se estudia:

La motivación del paciente: como le afecta su peso tanto en su esfera física como psicológica, que espera de esta consulta...

Historia del paciente que incluya antecedentes personales y familiares, hábitos tóxicos, tratamientos farmacológicos, actividad física, historia ponderal (evolución del peso a lo largo de la vida e historia dietética).

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

Medidas antropométricas (peso, talla, IMC, perímetro abdominal).

Revisión analítica completa (habrá sido solicitada por el personal sanitario que deriva al paciente), si se detectan alteraciones importantes se derivan a su médico de cabecera para valoración y tratamiento.

Gasto Energético Basal y Gasto Energético Total según fórmula de Harris-Benedict.

Se informa al paciente de su grado de sobrepeso/obesidad, así de conceptos generales sobre la obesidad (causas, consecuencias, tratamientos...). Se enfoca la consulta hacia el tratamiento dietético intentando modificar hábitos tanto de alimentación como de actividad física.

Para finalizar la visita y si el paciente está motivado y cumple criterios, se le entrega un diario dietético en el que deberá registrar las ingestas realizadas durante una semana, incluyendo un día festivo.

Si el paciente no está motivado o tiene sobrepeso sin otros factores de riesgo se le darán consejos sobre hábitos saludables.

Segunda visita. Con una duración aproximada de 30 minutos. Se realizan las siguientes actividades.

Revisión de registro semanal del diario dietético, aportando consejos al paciente sobre número de ingestas, alimentos aconsejados en cada ingesta, alimentos desaconsejados...

Se pautan objetivos de pérdida de peso (10% del peso actual del paciente en 6 meses).

Se firma contrato de compromiso por parte del paciente, comprometiéndose a seguir las pautas consensuadas en la consulta. Si incumple pautas consensuadas o no baja de peso durante tres semanas seguidas se rompe contrato.

Se entrega dieta por Intercambios en base a la Dieta Mediterránea, con restricción calórica (nunca inferior al Gasto Energético Basal), junto con lista de intercambios en función de los grupos de alimentos. Se explica en qué consiste la dieta y consejos para llevarla a cabo correctamente.

Se dan consejos sobre actividad física, siempre adecuada al paciente, informándole de las posibles actividades que se realizan en su población de residencia.

Tercera visita y sucesivas. En ellas se resuelven dudas sobre dieta y se evalúa la evolución del peso.

Inicialmente se cita a los pacientes semanalmente, cuando se ve buena evolución del peso se distancian las visitas a citas quincenales.

Visitas mantenimiento peso. Una vez alcanzados los objetivos consensuados se mantienen visitas mensuales para comprobar que el peso se mantiene dentro del peso consensuado. Tras un año de mantenimiento se da de alta al paciente.

Talleres grupales de autoayuda y alimentación saludable. A finales de 2018, y vistas las dudas de los pacientes sobre alimentación saludable, se deciden realizar dos talleres grupales. El primer taller sirve de conocimiento mutuo de los diferentes participantes del grupo en el que ponen en común su experiencia en la consulta de control de peso, sus progresos, dudas, motivaciones, problemas surgidos. Experiencia muy positiva porque confluyen pacientes que han cumplido su objetivo y están en la fase de mantenimiento y pacientes de reciente inclusión en el programa.

Además de esta puesta en común se da información tanto escrita, como mediante presentación PDF de alimentación saludable en base a:

Conceptos básicos de nutrición y alimentación: nutrientes y grupos de alimentos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1466

1. TÍTULO

CONSULTA CONTROL OBESIDAD

Dieta Mediterránea. Pirámide nutricional.
Elaboración de un menú saludable.

Se realizan dos prácticas, la primera en la que asocian nutrientes con grupos de alimentos (para ello nos ayudamos de alimentos reales y carteles identificativos de nutrientes) y la segunda (la realizan en casa) distribuyendo los grupos de alimentos en un menú semanal en base a las recomendaciones de la Dieta Mediterránea (mediante cartulinas y gomets de dibujos de los grupos de alimentos).

Los talleres tienen gran aceptación entre los participantes, de tal modo que solicitan se repitan estos talleres mensualmente. Tras consensuar con el grupo se realiza un tercer taller dedicado exclusivamente a la confección de un Menú saludable para las fiestas Navideñas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados objetivos consulta.

Desde los inicios en 2016 han sido incluidos 50 pacientes en la consulta (40 mujeres y 10 hombres), de ellos: 4 mujeres han sido dadas de alta; 2 por alcanzar objetivos y mantener peso pautado durante un año y 2 por tener sobrepeso (1 sin factores de riesgo, otra con diabetes) tras normalizar su peso.

1 mujer ha sido excluida de la consulta y derivada a su MAP por posible trastorno de la conducta alimentaria.

22 han abandonado o han sido excluidos del programa:

14 tras las primeras visitas (5 de ellos hombres), no han aceptado los cambios en los hábitos de vida, bien sea los consejos dietéticos o los consejos en ejercicio físico habitual.

4 tras los tres primeros meses (1 de ellos hombre), 1 por incumplimiento de contrato y tres por abandono.

3 mujeres a los 6 meses, por abandono. Habían bajado de peso, pero no habían conseguido el objetivo pautado. Las tres por decisión propia deciden abandonar.

1 mujer a los 9 meses. Igualmente había bajado de peso, aunque no había alcanzado el objetivo. Decide abandonar.

23 pacientes siguen incluidos en programa, de ellos:

2 mujeres llevan un año en el programa y han cumplido objetivo de pérdida de peso. Están en fase de mantenimiento.

5 llevan 9 meses en el programa (4 mujeres y 1 hombre). 4 han cumplido objetivos y están en fase de mantenimiento, una mujer no ha cumplido el objetivo de pérdida de peso establecido pero va perdiendo poco a poco (ha perdido el 50% del objetivo del peso).

1 mujer lleva 6 meses, sin alcanzar objetivo de peso, pero con pérdida de peso progresiva.

5 llevan 3 meses en el programa (4 mujeres y 1 hombre). Todos con muy buena evolución. Alguno de ellos ya ha conseguido el objetivo de pérdida de peso.

10 pacientes son de reciente inclusión en el programa, de menos de 1 mes de evolución.

En resumen y teniendo en cuenta los diferentes indicadores podemos afirmar que:

57 % de los pacientes han conseguido una reducción ponderal > al 10% de su peso inicial en 6 meses de tratamiento (teniendo en cuenta que solo 14 de los 50 pacientes han mantenido el tratamiento 6 o más meses).

78% de los pacientes incluidos en el programa están evaluados con el cuestionario de ansiedad/depresión de Goldberg.

96% de los pacientes incluidos en el proyecto tienen evaluado el Gasto Energético Basal según fórmula de Harris-Benedict.

96% de los pacientes incluidos en el proyecto tienen evaluado el Gasto Energético Total tras aplicar el Factor de Actividad al Gasto Energético Basal.

Resultados talleres grupales. A los talleres acudieron 12 personas, 9 mujeres y 3 hombres. Para evaluar los talleres se realizan cuestionarios de Conocimientos (previos y posteriores) y cuestionarios de evaluación del taller con los siguientes resultados:

DE CONOCIMIENTOS:

Previo: 6.1 puntos sobre 10

Posterior: 8.4 puntos sobre 10

DE VALORACIÓN DEL CURSO (1 Puntuación mínima y 5 máxima):

Utilidad del taller: 4.9

Ambiente de trabajo: 4.4

Experiencia en el intercambio con otras personas: 4.4

Impacto sobre su salud: 4

Impacto sobre resultados analíticos: 3.6

Horario: 4

Duración: 5

Instalaciones: 4.2

Documentación: 4.1

Satisfacción: 4.5

Formador: 4.9

La totalidad de los participantes cree que se deberían repetir periódicamente estos talleres para reforzar conocimientos y como apoyo emocional para mantener la dieta. Todos recomendarían estos talleres.

Lo que más les interesó de los talleres y creen que mejor les puede servir son la composición de los alimentos, aprender a comer bien, hábitos alimenticios, cantidades de azúcar de los alimentos...

La mayoría solicitan se repitan los talleres, con frecuencia mensual, para reforzar conocimientos y adquirir conocimientos nuevos. Sugieren temas como aprender a leer la información nutricional de los alimentos procesados, comer fuera de casa, técnicas culinarias saludables...

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1466

1. TÍTULO

CONSULTA CONTROL OBESIDAD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los cambios de hábito de vida en la población adulta son difíciles de abordar, primero porque la población no está concienciada del problema que supone la obesidad a todos los niveles y segundo por la dificultad que supone cambiar hábitos insanos instaurados a lo largo de su vida, tanto a nivel de alimentación como de actividad física. Las recomendaciones para conseguir este cambio han de ser consensuadas entre paciente-enfermera. Se ven mejores resultados cuando el paciente decide sobre su tratamiento y más sostenidos en el tiempo.
Es llamativo como los hombres son más reacios a cambiar estos hábitos insanos, seguramente debido a que no perciben la obesidad como enfermedad y no refieren que esta les afecte psicológicamente. Los pocos que consiguen llevarlo a cabo tienen mejores resultados que las mujeres y resaltan los grandes beneficios físicos que le ha supuesto la pérdida de peso. Son buenos pacientes expertos en los talleres de autoayuda por la motivación que inculcan en el resto del grupo.
La mayoría de los pacientes que acuden a la consulta por recomendación de otro sanitario tienen motivación baja, problemas de ansiedad/depresión y baja autoestima, lo que dificulta la implantación del programa.
Debido a la progresión de la obesidad en nuestro territorio y las graves consecuencias que conllevan tanto a nivel sanitario, económico e incluso social sería imprescindible prevenir esta progresión. Una buena herramienta para ello es la consulta monográfica de control de peso, con personal sanitario preparado para ello, que sea capaz de transmitir a la población los beneficios que conllevan para su salud los cambios de hábitos insanos y les aporte herramientas para llevar a cabo este cambio.
Igualmente sería muy interesante incidir en las familias para poder corregir estos hábitos desde las primeras etapas de la vida, puesto que los hábitos instaurados en la infancia son los que perduran a lo largo de la vida. Gracias a la buena acogida de esta consulta monográfica en nuestro centro, y de los resultados obtenidos se decide mantener dicha consulta todos los martes, en horario de 9.30 a 12.30, así como los talleres grupales en alimentación saludable una vez al mes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1466 ===== ***

Nº de registro: 1466

Título
CONSULTA CONTROL OBESIDAD

Autores:
LOPEZ SAURAS SUSANA, CORTES GARCIA-ARISTA ISABEL, LAHOZ MACIPE CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La obesidad y sobrepeso son actualmente factores de riesgo de patología crónica así como un factor de co-morbilidad, además de ser un factor de baja autoestima de las personas.
La oportunidad de mejora en el centro de salud surge por la iniciativa de una enfermera experta en este campo además, de considerarlo una necesidad sentida por este grupo de pacientes, lo que hace necesaria poner en marcha una intervención estructurada y sistemática en los pacientes obesos y con sobre peso

RESULTADOS ESPERADOS
1. Instaurar la consulta de control de obesidad en el centro de salud.
2. Dar una respuesta a los pacientes verdaderamente, quieren perder peso.
3. Ser un recurso para los profesionales médicos y enfermeras del centro de salud.
4. Conseguir que los pacientes que acudan a esta consulta cumplan sus objetivos de control de peso.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1466

1. TÍTULO

CONSULTA CONTROL OBESIDAD

1. Se abre una consulta programada, los lunes martes y miércoles en el centro de salud a cargo de una enfermera experta.
2. Se genera la agenda en OMI para la gestión de la cita. De 9 a 9,30 para primeras visitas y de 9'30 a 9'45 para visitas de seguimiento.
3. Responsable: Susana López Sauras enfermera experta
4. Derivación a la consulta: los pacientes > de 18 años, con motivación franca para perder peso, con episodio en OMI de sobrepeso u obesidad, con IMC > 25%, que previamente en el test de Golber no se detecte patología depresiva. Se excluirán los niños y adolescentes y las gestantes obesas.

INDICADORES

- % de pacientes en seguimiento con reducción ponderal > 10% a los seis meses del inicio del tratamiento
- % de pacientes evaluados con cuestionario de Goldberg
- % de pacientes en tratamiento dietético en los que se ha evaluado el gasto energético basal con la fórmula de Harris Benedict
- % de pacientes en tratamiento dietético en los que se ha evaluado el gasto energético total

DURACIÓN

Desde el 2016 y de forma continua a lo largo del año 2017

OBSERVACIONES

De momento se crea la consulta tres días por semana con dos pacientes por día.
Si la demanda fuera incrementándose la agenda se ampliaría para cubrir la demanda, adecuándola al resto de actividades de la enfermera responsable.

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 - 2016/1710

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON ISO 9001:2016 EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE ESTHER TRILLO SALLAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL
PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS
GALVE CIERCOLES ROSA MARIA
NUEZ GINES MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Gestión de indicadores: Se ha creado una comisión de calidad del centro que ha analizado periódicamente los indicadores del centro y ha realizado reuniones de comunicación al equipo con intervenciones puntuales sobre los indicadores más desviados.

De esta forma se han realizado acciones de mejora:

- Sobre indicadores de tabaquismo, formado sobre la intervención e incluyendo como indicador del contrato de los MAC a estos indicadores. Además, hemos comenzado en el mes de diciembre una consulta de deshabituación tabáquica. El resultado ha sido que por primera vez Andorra ha pasado el umbral del 50% de fumadores con intervención, subiendo 12 puntos con respecto al año anterior. Aunque en la detección de tabaquismo no se ha llegado al 50% se han mejorado 12 puntos respecto al año anterior. En cuanto al % de fumadores entre 50 y 80 años que tienen al menos una espirometría en los últimos 5 años se ha alcanzado un 30,62 % que supera el estándar excelente propuesto por el sector, habiendo mejorado un 8% este indicador en el año 2017, habiendo subido un 1% la prevalencia de diabetes.

- Planes de cuidados EPOC. Se ha formado sobre el fundamento y la implementación de estos registros habiendo sobrepasado ambos (síntomas y vías aéreas) el 50%, habiendo mejorado un 6 y un 14% respectivamente.

- Indicadores de dependencia: Manteniendo una captación de un 33% se alcanzan resultados en riesgo de caídas y Norton superiores al 90%, mientras que el Zarit (que no está en nuestro contrato) ha subido 25 puntos respecto al año pasado (54%).

- En cuanto a diabetes hemos alcanzado un resultado de 62% con glicada en los últimos seis meses mejorando 7 puntos respecto al año anterior, muy por encima de la media del SALUD. Las determinaciones analíticas tienen una cobertura cercana al 80% habiendo mejorado considerablemente respecto al año anterior. El plan de conocimientos deficientes está presente en el 63% de los pacientes (mejora de un 20%). El registro de hipoglucemia ha crecido hasta el 76%. Finalmente andamos un poco más retrasados con el registro del pie (41% con evaluación de riesgo y 56% con pie explorado). Indicador doppler: 25% de los pacientes diabéticos entre 50 y 80 años con más de 10 años de evolución de la diabetes han sido evaluados con ITB en el último año.

- Citologías vaginales: Se comunicó el objetivo a la matrona. Se ha alcanzado un resultado de un 44,29% de las pacientes entre 25 y 65 años con al menos una prueba de VPH/citología en los últimos 5 años, 15 puntos por encima del estándar excelente propuesto, en este primer año del indicador.

- Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar. Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad. Hemos priorizado el indicador de prescripción en faringoamigdalitis en pediatría, obteniendo una mejora de un 27% (hemos pasado del 48% al 76%), pero hemos empeorado en el de antibioterapia en otitis que ha pasado de un 84% a un 75%, lo que tendremos que corregir este año.

- Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo. Datos no disponibles hasta no disponer del informe de eficiencia ajustado por ACGs.

Estos son los resultados comparativos con 2016:

(2016) (2017) (mejora absol.)

- Intervención tabaquismo: 41.01 52.58 11.57

- Detección tabaquismo: 33.34 45.39 12.05

- RCV 77.92 81.46 3.54

- EPOC síntomas 47.18 53.57 6.39

- EPOC vías aéreas 41.55 55.71 14.16

- Captación dependiente 46.33 33.39 - 12.94

- Riesgo Caídas 77.47 94.37 16.90

- Norton 94.37 93.88 - 0.49

- Zarit 28.97 54.29 25.32

DIABETES:

- Riesgo del pie 41 41

- HBA1C 6 meses 55.08 62.03 6.95

- Conocim. Diabetes 43.75 63.55 19.80

- Microalbuminuria 70.63 76.59 5.96

- GFR 56.71 79.27 22.56

- Presión arterial 70.97 71.24 0.27

- LDL 72.95 81.02 8.07

- Exploración del pie 54.67 56.02 1.35

- Registro hipoglucemia 58.20 76 17.80

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1710

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON ISO 9001:2016 EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto a los procedimientos básicos de ISO se han revisado en auditoria interna y se ha hecho la revisión por la dirección.

- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes. No se han detectado problemas en 2017

- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave. La auditoria externa realizada en Andorra encontró una pinza esterilizada hace más de 6 meses lo que nos ha obligado a implantar un sistema de control de caducidades del material estéril.

- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos. La auditoria interna mostró que se guardaban sueros en el coche lo que dio lugar a una acción de mejora de distribución de los mismos en los maletines fuera del coche.

- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente. 29 incidencias registradas, la mayoría por averías de equipamientos del centro, desabastecimiento de vacunas que han dado lugar a acciones de mejora.

- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas. Se ha llevado a cabo el plan de formación establecido que ha incluido reciclaje en reanimación cardiopulmonar.

- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones.

- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura. Se ha desarrollado sin problemas.

- Seguridad clínica: Estamos participando activamente en SINASP, habiendo participado en un análisis causa raíz. Hemos realizado sesiones de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada así como una sesión sobre atención al parto extrahospitalario.

9. Revisión por la dirección: se ha realizado con fecha del 11/10/2017. Incluye la evaluación de la encuesta de satisfacción con mejoras sensibles especialmente en la facilidad para conseguir cita y la posibilidad de escoger día y hora para su consulta, en relación probablemente con la consulta de enfermería de triaje.

10. Auditoria interna: 26/10/17. Se destaca el buen control de almacenes y botiquines y de la esterilización. Sus hallazgos han dado lugar a los siguientes acciones de mejora:

- Las pilas del laringoscopio estaban gastadas
- Ubicación de los sueros fuera del coche.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La sistemática ISO sigue implantada sin problemas, habiendo incrementado la seguridad clínica de la atención prestada. Su desarrollo se ha asentado dentro de las tareas del equipo con normalidad sin interferir en el desarrollo de las actividades asistenciales puras. Se mantiene la implicación del equipo en la gestión por objetivos que siguen mejorando cada año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1710 ===== ***

Nº de registro: 1710

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
LOPEZ SAURAS SUSANA, GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL, GARCIA LOPEZ ANA MARIA, TRILLO SALLEN ESTHER, HERNADEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS, GALVE CIERCOLES ROSA MARIA, NUEZ GINES MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1710

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON ISO 9001:2016 EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: prevención de riesgos
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El centro de salud de Andorra está certificado desde el año 2015 con norma ISO 9001:2008. En nuestro proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. Nuestro reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente sobre ellos. Además este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

RESULTADOS ESPERADOS

Detectar e intervenir precozmente sobre los problemas o riesgos detectados en nuestros centros de salud, documentando nuestras actividades de forma regular.
Renovar la certificación ISO 9001 en el año 2017

MÉTODO

- Gestión de indicadores: El coordinador del centro y el coordinador de calidad mostrarán cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes:
 - o Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios. Revisión del registro de los indicadores que permanecen
 - o Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
 - o Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar (los últimos). Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.
 - o Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo.
 - o Incremento del peso medio en ACGs del centro de salud mejorando el registro de los diagnósticos en OMI.
- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes
- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.
- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.
- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente
- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas
- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones
- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura
- Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.
- Una vez al año somos auditados por un auditor del SALUD, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan
- Cuando procede somos auditados externamente

INDICADORES

Mantenimiento de la certificación ISO
Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

- Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1710

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON ISO 9001:2016 EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

- Mayo: revisión por la dirección
- Junio-Septiembre: auditoría interna
- Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones

DURACIÓN

estas actividades se realizan a lo largo del año de forma sistematizada en el propio centro.

OBSERVACIONES

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES: todos los pacientes

LÍNEA ESTRATÉGICA

Objetivos estratégicos, comunes, inputs y outputs

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 - 2016/0488

1. TÍTULO

TALLER DE CRIANZA PARA MADRES Y PADRES

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE PATRICIA REPOLLES PERALTA
· Profesión MATRONA
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas fueron las siguientes:

Talleres cíclicos a los que se van incorporando tras parto

1.- 5 talleres de masaje infantil

Durante 5 semanas : masaje infnatil : piernas, abdomen, pecho, brazos, cabeza y espalda

2.- Taller sobre desarrollo psicomotor

Se explico el desarrollo normal de los niños hasta el 1º año de vida

3.- Taller sobre alimentación infantil

Nuevas recomendaciones sobre alimentacion infantil. Alimentacion Complementaria.

4.- Taller sobre primeros auxilios

Atragantamientos y rcp en lactanctes (2015)

5.- Taller sobre suelo pélvico

Situar el suelo pelvico en las mujeres y ejercicios postparto

El calendario marcado se cumplio (lunes de 11h a 12h) aunque el máximo problema fue que algunas madres / padres

no acudian todas las semanas .

Los recursos empleados : colchonetas, sábanas, ordenador y fotocopias

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Stanadar marcado: Crear un espacio donde los los nuevos padres pueden expresar sus dudas y sus miedos relacionados con la crianza del bebe e intentar solucinar problemas en forma de ayuda de madre a madre con la supervision de un profesional. Vivencia positiva de la maternidad/paternidad.

Resultado : Dar confianza y seguridad a los nuevos padres en la crianza de sus hijos

Indicadores

Grado de conocimiento: se les paso un test de preguntas de verdadero / falso al principio y al final de las sesiones.

Grado de satisfaccion: en la ultima sesión se les paso una encuesta de satisfaccion.

Los resultados obtenidos son sido muy positivos, el proyecto ha tenido un gran impacto de forma positiva entre las madres.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoracion general ha sido muy positiva, tan positiva que el proyecto sigue en pie y es algo que las madres solicitan tras el parto, aunque el unico inconveniente fue y es la falta de continuidad de muchas madres, dificil de solucionar ya que con un bebe en casa no hay horarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/488 ===== ***

Nº de registro: 0488

Título

TALLER DE CRIANZA PARA MADRES Y PADRES

Autores:

REPOLLES PERALTA PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0488

1. TÍTULO

TALLER DE CRIANZA PARA MADRES Y PADRES

Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

intentar resolver dudas que las madres/padres tienen sobre la crianza de los bebés.

RESULTADOS ESPERADOS

Vivencia positiva de la maternidad /paternidad

MÉTODO

masaje para el bebé (3 /4 días)
charlas:
Desarrollo del bebé hasta el 1º año de vida
Alimentación complementaria
Taller de 1º auxilios
conocimiento de suelo pélvico en la mujer

INDICADORES

Grado de conocimiento, evaluación al principio y al final
Satisfacción de las madres/padres, encuesta

DURACIÓN

Desde octubre de 2016 a octubre 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: 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 - 2016/1355

1. TÍTULO

GESTION DEL ALMACEN EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL GUILLEN MARIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALACEITE
· Localidad CALACEITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL MOLINOS MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas para llevar a cabo este proyecto de mejora fue, en primer lugar, acudir al Centro de Salud de Alcañiz para ver cómo estaba distribuido y organizado un almacén de un centro ISO; y así posteriormente aplicarlo a nuestro centro.

El problema que hemos tenido, ha sido el poco espacio del que disponemos en nuestro almacén, lo que nos ha obligado a seguir almacenando material en otros puntos del centro de salud: el material de extracciones se almacena en la sala de extracciones, el de espirometrías y ECG en la sala de urgencias...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la puesta en marcha del proyecto, se han revisado caducidades mensualmente, y no ha habido incidencias de desabastecimiento de materiales de almacén.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los objetivos del proyecto se han visto cumplidos, tanto el de asegurar el suministro de materiales de almacén como el de controlar las caducidades del material.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1355 ===== ***

Nº de registro: 1355

Título
GESTION DEL ALMACEN EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

Autores:
GUILLEN MARIN JOSE MANUEL, MARTA GIL MOLINOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALACEITE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde hace tiempo se vienen detectando en nuestro centro de salud problemas puntuales de desabastecimiento de determinados fármacos y materiales que pueden retrasar e incluso comprometer la prestación de una atención eficaz.

RESULTADOS ESPERADOS

Asegurar el suministro de materiales y fármacos. Controlar las caducidades de los materiales

MÉTODO

MÉTODO Y ACCIONES PARA MEJORAR

* Implantación de los procedimientos de gestión de almacenes y botiquines del sector Alcañiz:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1355

1. TÍTULO

GESTION DEL ALMACEN EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

- o Establecimiento de stock mínimos en almacén del centro y consultorios
 - o Implementación del formato de rotura de stock
 - o Implementación de sistemática de revisión mensual de caducidades
 - o Implantación de un formato de solicitud de materiales/fármacos para abastecimiento de consultorios
- * Se visitará el centro de salud de Alcañiz donde se mostrará la sistemática de funcionamiento

INDICADORES

- * N° meses en los que se cumplimenta la hoja de revisión de caducidades
- * Registro de incidencias de desabastecimiento
- * Auditorías de botiquín por farmacéutica del sector

DURACIÓN

- * Mayo: visita al centro de salud de Alcañiz
- * Junio: determinación de stock mínimos y revisión de caducidades. Formación al personal.
- * Enero 2018: Evaluación 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 - 2016/1356

1. TÍTULO

MANOS RELUCIENTES

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA GIL MOLINOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALACEITE
· Localidad CALACEITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUILLEN MARIN JOSE MANUEL
ALCAINE PARICIO ANA ISABEL
PEREZ OBON JOAQUIN
NAVARRO CALERO FRANCISCO JOSE
GINER SANCHO ANA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas son las marcadas en el proyecto inicial. Se han realizado los talleres en los seis colegios de la zona básica de salud, dando cobertura así al total de la población en edad escolar (de los 3 a los 12 años).

Los talleres han consistido en una pequeña presentación teórica sobre la importancia de mantener las manos limpias, los momentos en los que se deben lavar las manos y las instrucciones para un correcto lavado de manos. Y una parte práctica, en la que, usando un producto de base alcohólica, los alumnos pueden comprobar la efectividad del lavado con una lámpara de luz ultravioleta.

El material utilizado han sido los equipos informáticos de los distintos colegios, ya que se necesitan para la presentación del power point; y la lámpara de luz ultravioleta, prestada desde el servicio de formación continuada.

Además hemos elaborado unos carteles con los pasos para el correcto lavado de manos, que es lo que deben exponer en los colegios como recordatorio de la técnica a los alumnos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el momento de la evaluación, en todos los colegios se mantienen los carteles informativos con la técnica del lavado de manos; y en uno de ellos, además de los carteles del baño, hay en el aula de infantil, por iniciativa de la maestra.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Vista la aceptación tanto por parte del alumnado, como por parte del profesorado, creemos pertinente la continuidad del proyecto.

Como único cambio en lugar de realizar los talleres coincidiendo con la fecha del Día mundial del lavado de manos; y añadiendo que la disponibilidad de la lámpara va en función de otros servicios; para próximos cursos, se realizarán las sesiones coincidiendo con el temario escolar referente a la salud y los hábitos saludables.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1356 ===== ***

Nº de registro: 1356

Título
MANOS RELUCIENTES

Autores:
GIL MOLINOS MARTA, GUILLEN MARIN JOSE MANUEL, ALCAINE PARICIO ANA ISABEL, PEREZ OBON JOAQUIN, NAVARRO CALERO FRANCISCO JOSE, GINER SANCHO ANA LUISA, MADRONA ELENA ISABEL, BUÑUEL PELLICER MARI LUZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALACEITE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1356

1. TÍTULO

MANOS RELUCIENTES

PROBLEMA

Con motivo de la celebración del Día Internacional del lavado de manos 2016, surge la iniciativa a nivel de sector de la posibilidad de realizar un taller de lavado de manos en la población escolar. A título voluntario, algún profesional del centro de salud, acude a los tres colegios que forman parte del CRA Matarraña a impartir los talleres, siendo un éxito tanto la participación infantil como la colaboración por parte del profesorado.

Por este motivo, se decide emprender este proyecto, y que en esta ocasión pretende abarcar los colegios de toda la zona básica de salud, incluyendo a los dos CRAs que lo forman (CRA Matarraña y CRA Algars).

El proyecto está destinado a niños en edad escolar preferiblemente de educación infantil, siendo posible su extensión a alumnos de educación primaria si se observan cambios en el alumnado de un año a otro.

Se elige como prioritario al alumnado de educación infantil porque comprende a los alumnos nuevos del centro escolar, ya que los de educación primaria asistieron al primer taller realizado.

En el CRA Algars que no conocen la actividad se incluirá a todos los alumnos.

RESULTADOS ESPERADOS

Concienciar a la población infantil sobre la importancia de tener unas manos limpias y su efecto sobre la prevención de enfermedades.

Conseguir que los niños aprendan una buena técnica de lavado de manos.

MÉTODO

Las actividades a realizar son, en una primera fase, la elaboración de un proyecto por el que quede constancia de la atención comunitaria que se va a realizar. En una segunda fase, y a ser posible, coincidiendo con las fechas próximas al Día del lavado de manos (en Octubre), realización de los talleres en los diferentes colegios de la Zona de Salud. Y una tercera fase, de evaluación de la actividad, cuando haya pasado un tiempo desde la realización de los talleres que consista en una comprobación in situ de que se mantiene el material aportado a los colegios por nuestra parte (carteles con los pasos para una correcta higiene de manos).

El taller con los alumnos consistirá en una parte teórica sobre la importancia de mantener unas manos limpias, los momentos en los que se deben lavar las manos

y la técnica de lavado de manos; y una parte práctica en la que los alumnos podrán comprobar si su lavado de manos ha sido efectivo con la utilización de un producto de base alcohólica tratado con reactivo y una lámpara ultravioleta que dejará a la vista las zonas en las que no haya llegado el producto.

INDICADORES

En el momento de la evaluación se tendrá en cuenta en cuántos colegios de los que se realice la actividad mantienen los carteles con los pasos del lavado de manos, datos que pondrán de manifiesto el interés del centro en esta actividad, y en el caso de que los carteles ya no estén puestos, que se especifique el motivo de su retirada.

Con los datos obtenidos se podrán sacar conclusiones, y cuestionar si se continúa o no con la actividad, ya que el planteamiento inicial del proyecto es que tenga continuidad en el tiempo.

DURACIÓN

Mayo-Junio: Elaboración del proyecto

Octubre: desarrollo de los talleres

Enero 2018: 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 - 2016/0161

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN LA POBLACION ADOLESCENTE

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ BARDAJI RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORRAZ MIR PILAR
VILLALBA MIR ANA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se entrega un test antes de comenzar la actividad para valorar los estereotipos masculino-femenino que llevan muchas veces a la desigualdad hombre-mujer, preguntando sobre quién realiza ciertas actividades o trabajos en su casa y quién consideran que debería realizarlos a nivel general.

Se realizan 10 sesiones formativas de 55 minutos cada una, distribuidas por cursos de la siguiente manera:

15 Enero 2018: 3º A ESO: 22 alumnos

17 Enero: 3º B ESO: 25 alumnos

19 Enero: 3º C ESO: 25 alumnos

22 Enero: 2º A ESO: 20 alumnos

26 enero: 2º B ESO: 18 alumnos

Cada sesión se desarrolló según el siguiente cronograma:

1. Definiciones de Violencia de género y estadísticas de violencia
2. Definición de Adolescencia y Sexismo. Roles y estereotipos masculinos y femeninos.
3. Las primeras manifestaciones de la violencia. Violencia de control
4. Proyección de 5 cortos dirigidos por mujeres de la Asociación de Mujeres Cineastas y de Medios Audiovisuales, que describen 5 situaciones muy frecuentes sobre hábitos tóxicos, que no siempre son relacionadas con las primeras manifestaciones de Violencia. SIMPLEMENTE NO TE QUIERE
5. Diferenciación de sexo y sexualidad. Explicación de diferentes orientaciones sexuales
6. Explicación de métodos de prevención de embarazos y ETS. Videos y fotografías
7. Durante toda la exposición se anima a los alumnos a preguntar y a intercambiar sus ideas y conocimientos.
8. Al final se aclararán dudas y se entrega el mismo test que al principio para valorar la diferencia de las respuestas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En general las sesiones fueron calificadas como entretenidas y educativas. Muchos alumnos comentan que les ha ayudado a responder dudas y a tener más claras las actitudes que pueden considerarse violencia, sobre todo con respecto a la violencia de control.

Tras Valorar el Pretest Y el postest tenemos estos resultados:

En el pretest el 70% mantienen el estereotipo masculino-femenino en su casa y el 50% considera que hay actividades que deberán realizar las mujeres y otras los hombres.

En el postest cambia el porcentaje: el 60% piensa que hay actividades que tradicionalmente las realizan las mujeres pero que podrían realizarlas también los hombres, de igual manera y viceversa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se entrega encuesta para la valoración de la actividad por los alumnos con escala de valoración del 1 al 5, y los resultados son:

1. Duración actividad: 52% puntúan con un 5
2. Expectativas cubiertas: 36% puntúan con 5
3. Utilidad: 55,5% puntúan con 5
4. Material del curso: 65,7% puntúan con 5
5. Formador: 70% puntúan con 5
6. Valoración del curso en general: 75% puntúan con 5

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/161 ===== ***

Nº de registro: 0161

Título
PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN LA POBLACION ADOLESCENTE

Autores:
BARDAJI RUIZ BEATRIZ, SALESA ALBALATE ALBERTO, FERRANDO AZNAR CLARA, MALLÉN MATEO SARA, LOPEZ FELEZ CARLOS,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0161

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN LA POBLACION ADOLESCENTE

BORRAZ MIR PILAR, VILLALBA MIR ANA PILAR, PELLICER GARCIA BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....: Promoción de la salud

PROBLEMA

Distintas investigaciones demuestran que los roles sexuales son ambivalentes y no siempre se ajustan al cambio social, pero esto no se corresponde con los comportamientos reales ante la formación de la familia y la corresponsabilidad en las tareas domésticas. Respecto a la violencia de género, la macro encuesta sobre la violencia de género en Aragón muestra que un 19.6% de las mujeres maltratadas se sitúan en franda de 18-29, pudiendo actuar antes de los 18 concienciando en los institutos sobre la importancia de estos estigmas sociales. En general, y sobre todo en la adolescencia, los jóvenes consideran que este tipo de relaciones y situaciones solo se dan en edad adulta, que "es cosa de mayores". Sin embargo, la violencia se presenta en todo tipo de relaciones, independientemente de la edad, de forma que es frecuente que las relaciones basadas en la violencia se inicien en edades tempranas, y que desde el principio esta sea una de sus características, o incluso en ocasiones, la principal.

Por otro lado se observa que los jóvenes, y en mayor medida, los de menor edad, no identifican las conductas de abuso psicológico.

Conductas del tipo de coacción, celos, insultos e incluso zarandeos, agarrones o golpes menores, no son considerados

maltrato. Cuando piensan en Violencia de género, piensan en agresiones de carácter grave, en palizas y en daños que afectan a la integridad física. Según Meras (2003), los chicos de instituto y bachillerato esperan que ellas renuncien a sus intereses y a otras relaciones, y que den máxima prioridad a la relación con ellos, minimizando la importancia del uso de según que tipo de violencia. Por su parte las chicas intentaran cumplir las prescripciones del rol femenino tradicional, creen que pueden cambiar o educar a su pareja, responsabilizándose del funcionamiento de la relación, y aceptando los comportamientos de celos como demostración de amor, entre otras cosas, lo que la pondrá en riesgo de implicarse y aceptar relaciones potencialmente violentas. Esto indica que ambos sexos comparten la creencia de que en los casos de violencia lo que ocurre es que los varones tienen dificultades para controlar su agresividad, y que esto es una cuestión hormonal que se debe aceptar.

El presente programa responde por tanto, a la necesidad de seguir trabajando la violencia de género con un grupo poblacional, los jóvenes, que por edad no solo tienden a minimizar la violencia, si no que también se suelen mostrar receptivos a ciertos cambios.

En cuanto a la educación sexual está claro que hoy la sexualidad entra de modos distintos en las instituciones educativas y nuestro objetivo es darle un enfoque médico y científico para poder prevenir tanto enfermedades de transmisión sexual como embarazos no deseados y así mejorar la calidad de la salud reproductiva en la población diana, incluyendo otras formas de entender la sexualidad, pretendidamente ignorada, como homosexualidad, para así pretender vivir la sexualidad de una manera honesta y respetuosa, evitando situaciones de riesgo, abuso y exclusión.

RESULTADOS ESPERADOS

Sensibilizar a los jóvenes de la magnitud del problema que nos atañe en violencia de género. Impulsar una educación en sexualidad abierta, respetuosa de ideas y opiniones y promover el conocimiento intelectual y la transmisión de información científica y fiables acerca de la prevención y disminución de riesgos y de embarazos tempranos, como la construcción paulatina de actitudes, sentimientos, valores y habilidades para el ejercicio de una sexualidad sana, segura, responsable, igualitaria y sin riesgos.

MÉTODO

SESIONES EN EL INSTITUTO. EDUCACION SECUNDARIA, DE 1º-ESO A 4º-ESO.
SESIONES EN EL INSTITUTO BACHILLERATO.

SESIONES SOBRE EDUCACION SEXUAL
SESIONES SOBRE PREVENCION VIOLENCIA DE GÉNERO

INDICADORES
PRE TEST

EVALUACIONES POST TEST

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0161

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN LA POBLACION ADOLESCENTE

SESIONES PRÁCTICAS Y ROLL PLAYING

DURACIÓN

INICIO ENERO 2017.

FINALIZACION JUNIO 2017

CRONOGRAMA POR DETERMINAR SEGUN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1367

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE SALUD: EDUCACION DIABETOLOGICA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ALFREDO SANZ ALMALE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ FELEZ CARLOS
GAUTHIER ALFARO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Captación:

Se realizó fundamentalmente a través de la conversación personal con los posibles asistentes en las consultas realizadas a pacientes diabéticos y además se utilizó un sistema de cartelería expuesta en los paneles de anuncio del Centro de Salud en el que se informaba de las fechas, contenido del curso y forma de apuntarse.

Sesiones realizadas:

Se realizaron cuatro sesiones formativas, realizadas semanalmente, en horario de 15,30 a 17 h, en la biblioteca del Centro de Salud, impartidas cada una de ellas por miembros del equipo que impartían una primera parte teórica, ayudado de material audiovisual realizado por ellos mismos y una segunda fase en forma de diálogo con los asistentes.

Los contenidos, fechas, número de asistentes y ponentes fueron:

1ª Sesión: Introducción:

Ponentes: Carlos López Félez

Fecha: 2 de marzo de 2017

Nº Asistentes: 10

Temática:

¿Qué es la DM?

¿Cómo se produce?

¿Qué es la insulina?

¿Cómo se diagnostica?

¿Cuántos tipos de DM hay?

DM tipo 1

DM tipo 2

DM gestacional

2ª Sesión: ¿Qué puedo hacer yo por mi diabetes? (1)

Ponentes: Yolanda Gauthier Alfaro.

Fecha: 9 de marzo de 2017

Nº Asistentes: 13

Temática:

Cuidarse es...

Factores que suben o bajan las glucemias

Dieta equilibrada

Beneficio de la actividad física

:

3ª Sesión: ¿Qué puedo hacer yo por mi diabetes? (2)

Ponentes: Elvira Chamocho Olmos

Fecha: 16 de marzo de 2017

Nº Asistentes: 11

Temática:

Cuidados e higiene de los pies.

Cuidados de las encías y dientes.

Consejos para viajar con diabetes.

Cómo reaccionan las personas ante la enfermedad.

4ª Sesión: Tratamiento de la diabetes

Ponentes: Clara Ferrando Aznar y Alfredo Sanz Almalé.

Fecha: 23 de marzo de 2017

Nº Asistentes: 8

Temática:

Qué es la insulina

Páncreas: anatomía y funciones

Síntomas de la DM

Tipos de DM

DM tipo 1

DM tipo 2

Diferencias entre DM-1 y DM-2

Diabetes gestacional

Diabetes secundaria a fármacos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1367

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE SALUD: EDUCACION DIABETOLOGICA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

Tratamiento de la DM
Objetivos
Prevención de las complicaciones
Antidiabéticos orales
Insulina en la DM-2
Tipos de insulinas y mezclas
Hipoglucemias: Qué son y cómo actuar.
Hiperglucemias: Qué son y cómo actuar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Valoración de las sesiones:

Al finalizar la última sesión se pasó una encuesta (Formato PR-08_SA(P)E revisión:A) a todos los asistentes para que valoraran en conjunto todas las actividades realizadas. La media de los resultados obtenidos fueron (escala de puntuación: 1 puntuación mínima, 5 puntuación máxima)

- La duración de la actividad formativa ha sido:	4,65
- La actividad formativa ha cubierto mis expectativas:	4,75
- La actividad me va a ser muy útil en mi trabajo diario:	4,77
- El material utilizado en el curso ha sido adecuado:	4,81
- Valoración del formador:	4,69
- En general, el curso me ha parecido:	4,85

Los participantes en las sesiones mostraron personalmente su satisfacción con las sesiones realizadas y expresaron el deseo de que se organizaran más actividades como la realizada, mostrando su interés en participar en futuros talleres formativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los participantes en el proyecto valoran la actividad realizada como muy positiva.

Se ha observado que sigue existiendo interés en la comunidad en la realización de talleres formativos sobre temas de salud, habiendo una preocupación de los enfermos sobre su enfermedad y manera de actuar frente a ella, abriendo la posibilidad de crear nuevas actividades de este tipo en tiempos futuros.

Los ponentes de las sesiones consideran que el tiempo empleado en la preparación de la sesión, así como los materiales y medios empleados no han sido excesivos y dado que ya se tienen preparados estos, debería utilizarse en la elaboración de nuevos talleres dedicados a nuevos pacientes.

Se pretende continuar con esta actividad, valorando realizarla en salones más amplios para poder llegar a mayor número de participantes, por lo que se contactará con el ayuntamiento para que nos dejen sus locales y también se considera que sería interesante hacer unas sesiones dedicadas a las trabajadoras de la Residencia de Ancianos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1367 ===== ***

Nº de registro: 1367

Título
IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE SALUD: EDUCACION DIABETOLOGICA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

Autores:
CHAMOCHO OLMOS ELVIRA, FERRANDO AZNAR CLARA, SANZ ALMALE ALFREDO, LOPEZ FELEZ CARLOS, GAUTHIER ALFARO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1367

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE SALUD: EDUCACION DIABETOLOGICA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

En el EAP de Calanda no existe la cultura de realiza actividades para promover la educación sanitaria a grupos de enfermos crónicos, motivada por el ámbito rural y tamaño del equipo que hace que se tienda más actividades educativas de tipo individual. El año pasado se comenzó a realizar una actividad similar a est, con buen resultado, pero que en el análisis se vió que necesitaba ser mantenida y mejorada. Con este proyecto se pretende reactivar la política de mejora en la calidad en el EAP, así como mejorar el conocimiento de la diabetes en los enfermos crónicos y conseguir un acercamiento con la población que atendemos.

RESULTADOS ESPERADOS

Activación del EAP en relación con la Mejora de la Calidad.
Mejorar el conocimiento de su enfermedad en el grupo de los diabéticos tipo 2
Mejorar el nivel de la salud en los diabéticos tipo 2

MÉTODO

Realizar un ciclo de cuatro sesiones informativas dirigidas a los pacientes diabéticos tipo 2 de la Zona de Salud de Calanda. El número de participantes será de 15-20 personas. Se realizarán con carácter semanal y con una duración de una ora. Cada una de ellas será realizada por un miembro distinto del equipo, aunque su preparación será realizada por todos los miembros del equipo participantes en el proyecto.

La temática de las sesiones será:
Qué es la diabetes
Tratamiento dietético y ejercicio
Tratamiento farmacológicos. Insulina
Cuidados en el paciente diabético

INDICADORES

Evaluación inicial de conocimientos
Evaluación al finalizar el cursillo
Control de asistencias

DURACIÓN

Marzo 2017: Realización del cursillo
Abril 2017: Evaluación de la actividad realizada

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1442

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE NUEVAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL LLORCA CAMARASA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES
MALLEN MATEO SARA
CHAMOCHO OLMOS ELVIRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Rotación de un enfermero en consulta de pruebas funcionales del Hospital de Alcañiz para mejorar la capacitación en la realización de espirometrías en general y en la de la calibración del espirómetro en particular.
Realización de sesiones clínicas en el Centro de Salud impartidas por personal del centro en relación a los siguientes temas:
Tabaquismo en AP en marzo del 2017
Manejo de EPOC en AP el 10 de Noviembre del 2017
Manejo de Espirómetro en AP 27 de Octubre del 2017
Manejo y Revisión del programa de Diabetes el 15 de Diciembre del 2017.
Implicación a los MAC y EAC en la detección, incluyendo en la evaluación individual de su contrato de gestión los indicadores de detección de tabaquismo, intervención sobre tabaquismo, y % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años.
Realización de forma rutinaria de índice tobillo brazo a los paciente diabéticos de entre 50 y 80 años con más de 10 años de antigüedad de la diabetes, en las consultas de enfermería tras la compra de un doppler vascular para el Centro de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado 63 espirometrías de modo fiable en nuestro Centro de Salud. El indicador de % de pacientes fumadores en los que se ha realizado espirometría en los últimos 5 años ha ascendido a 21,75%, desde el 9,57% que teníamos en Enero
La cobertura de valoración de pie diabético a través de ITB con Doppler Vascular ha alcanzado cifras de 62,96 % en diciembre del 2017, con respecto a la cobertura que teníamos en diciembre del 2016 que alcanzaba un 29,46% del total de diabéticos entre 50 y 80 años con diabetes de más de 10 años de evolución.
La prevalencia de la EPOC en nuestro Centro de Salud ha aumentado del 2,95% en diciembre del 2016 al 3,14% en diciembre del 2017.
Los indicadores del contrato: detección del tabaquismo e intervención sobre tabaquismo, han pasado del 45,1 % al 66,6%, y del 67,7% al 71,5% respectivamente, desde diciembre del 2016 a diciembre del 2017

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al aumentar los indicadores de detección e intervención tabáquica han permitido realizar un número mayor de espirometrías a pacientes fumadores en edad de riesgo, y como consecuencia de ello se ha producido un aumento de la prevalencia de la EPOC
Los pacientes diabéticos con pie de riesgo han sido detectados en consulta de enfermería y derivados al especialista para poder hacer un tratamiento específico y seguimiento de la enfermedad evitando complicaciones a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1442 ===== ***

Nº de registro: 1442

Título
IMPLANTACION DE NUEVAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA

Autores:
LLORCA CAMARASA MIGUEL, DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES, MALLEN MATEO SARA, GAUTHIER ALFARO YOLANDA, CHAMOCHO OLMOS ELVIRA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1442

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE NUEVAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es habitual que el diagnóstico de la enfermedad obstructiva crónica se realice cuando el paciente está sintomático o a raíz de un ingreso. El reto desde atención primaria es hacerlo en fases precoces en pacientes con factores de riesgo, cuando el consejo antitabáquico es la mejor medida para evitar la evolución de la EPOC. Se da la circunstancia de que los pacientes fumadores suelen ser más jóvenes que los que vienen a las consultas y son más frecuentadores del horario de atención continuada, por lo que son más difíciles de captar y habrá que diseñar estrategias que nos permitan abordar las tareas de detección en estos pacientes.

Se da la circunstancia de que el centro tiene un espirómetro con jeringa de calibración que en estos momentos no se está utilizando.

Por otra parte el programa de atención integral a la diabetes de Aragón recomienda la realización de un índice tobillo-brazo cada 3 años a los pacientes diabéticos de entre 50 y 80 años con más de 10 años de antigüedad de la diabetes. Se ha comprado un doppler vascular y estamos en fase de implantación

RESULTADOS ESPERADOS

- Incrementar la detección de EPOC en pacientes fumadores entre 40 y 80 años
- Realizar consejo antitabáquico intensivo en los pacientes detectados, con la finalidad de conseguir el abandono del hábito
- Realizar espirometrías de modo fiable en nuestro centro de salud
- Evaluar a los pacientes diabéticos

MÉTODO

- Rotación de un enfermero en las consultas de pruebas funcionales de Alcañiz para mejorar la capacitación en la realización de espirometrías en general y en la de la calibración del espirómetro en particular.
- Sesión sobre consejo antitabáquico y la estrategia de EPOC en el centro
- Implicación a los MAC y EAC en la detección, incluyendo en la evaluación individual de su contrato de gestión los indicadores de detección de tabaquismo, intervención sobre tabaquismo, y % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años
- Calibración regular del espirómetro demostrada por la cumplimentación del registro

INDICADORES

% de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años

Indicadores del contrato: detección del tabaquismo e intervención sobre tabaquismo

% de pacientes epoc fumadores detectados que han abandonado el hábito de fumar a los seis meses.

% pacientes diabéticos mayores de 50 años y menores de 80, de más de 10 años de evolución de la diabetes a los que se ha realizado un índice tobillo-brazo en los últimos 3 años

DURACIÓN

- Formación en el manejo de los aparatos ya realizada
- Junio: sesión sobre consejo antitabáquico
- Junio-Diciembre: Implementación del programa
- Cada cuatro meses: análisis de los indicadores de resultados con los informes proporcionados por el sector.
- Enero 2017: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1442

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE NUEVAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA

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 - 2016/1443

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE CLARA FERRANDO AZNAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ FELEZ CARLOS
GARCIA ARAEZ LOPEZ JULIO
SANZ ALMALE ALFREDO
VIÑAS MUÑO RAQUEL
BARDAJI RUIZ BEATRIZ
JUNCOSA FANTOVA FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Gestión de indicadores: El coordinador del centro y el coordinador de calidad han mostrado cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos.

Derivados del análisis del año pasado en estos momentos se han realizado las siguientes acciones de mejora pendientes:

- Detección e intervención en el tabaquismo. Implicación de MAC y EAC. Sesión clínica.
- Planes personales en enfermería: sesión sobre registro de los planes personales nuevos, con atención específica al cupo de menor rendimiento
- Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar. Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.
- Eficiencia en visitas: Implantación de consulta no presencial. Se describe en otro proyecto
- Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo.
- Incremento del peso medio en ACGs del centro de salud mejorando el registro de los diagnósticos en OMI.

Tras la revisión cuatrimestral se han desarrollado las siguientes acciones de mejora:

- Planes de cuidados en EPOC. Actividades de rehabilitación respiratoria
- Realizar sesiones clínicas sobre el tema de EPOC e incrementar la petición de realización de espirometrías.
- Sesión sobre pie diabético.
- Sesión sobre el plan de conocimientos deficientes en diabetes.
- Sesión clínica sobre el tratamiento de las dislipemias
- Utilizar todo tipo de consulta, incluidos los MAC y EAC en urgencias, para la detección del tabaquismo.
- Sesión clínica sobre la actualización del calendario de vacunaciones infantiles

2. Actividades relacionadas con los procedimientos ISO. Se referencian en el apartado de resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Indicadores contrato de gestión y cuadro de mando de diabetes. Estos son los resultados comparativos con 2016:

CALANDA	2016	2017	MEJORA	ABSOLUTA
Intervención tabaquismo	67.75	71.53	3.78	
Detección tabaquismo	45.11	66.64	21.53	
RCV	75.53	78.64	3.11	
Epoc Sintomas	46.77	63	16.23	
Epoc Vías Aéreas	62.9	73.86	10.96	
Captación Dependiente	26.69	20	- 6.69	
Riesgo caídas	75	96	21	
Norton	73	95	22	
Zarit	18.75	74	55.25	

DIABETES

2016	2017	MEJORA	ABSOLUTA
Riesgo del pie	40	40	
HbA1C 6 meses	46.04	60.15	14.11
Conoc. Diabetes	61.63	75.39	13.76
Microalbuminuria	62.84	77	14.16
GFR	49.81	77	27.19
Presión Arterial	58.24	63.98	5.74
LDL	68.49	78.29	9.8
Exploración pie	44.83	56.7	11.87
Registro Hipoglucemia	49.8	69.3	19.5

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1443

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Destacamos el incremento en la detección de tabaquismo manteniendo el buen resultado de intervención en tabaquismo. También los indicadores de EPOC han mostrado mejoría sensible así como los del paciente dependiente.

En cuanto a diabetes destaca la mejora en la cobertura de analíticas globalmente así como la exploración del pie que ha mejorado un 10% respecto a 2016 con un resultado del 56,7%, estando algo más bajos en la evaluación del riesgo debido a que a principio de año no se registró adecuadamente, lo que corregimos tras la evaluación de Mayo..

En cuanto a indicadores de farmacia destacamos la mejora en los indicadores de prescripción de antibióticos en pediatría, que en la otitis media ha pasado del 84,55% en 2017 a 95,88%, y en el caso de la faringoamigdalitis estreptocócica 68 a 87%.

En cuanto a los procedimientos básicos de ISO se han revisado en auditoria interna y se ha hecho la revisión por la dirección.

Hasta el momento no disponemos de datos sobre consulta no presencial ni sobre indicadores basados en ACGs.

2. Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes. No se han detectado problemas en 2017

3. Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave. Se encontró en auditoria un mango de bisturí con esterilización caducada, que unido a otro hallazgo similar en este año ha dado lugar a una actividad de revisión mensual de las caducidades del material estéril

4. Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos. No se han detectado problemas en 2017.

5. Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente. 17 incidencias registradas que han dado lugar a acciones de mejora

6. Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas. Se ha llevado a cabo el plan de formación establecido.

7. Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones. No se han encontrado hallazgos.

8. Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura. Se ha desarrollado sin problemas

9. Seguridad clínica. El centro cuenta desde este año con un gestor de SINASP (Elvira Chamocho). Se han realizado sesiones sobre Anafilaxia, Reanimación cardiopulmonar, intoxicaciones por drogas y síndrome coronario agudo.

10. Revisión por la dirección: se ha realizado con fecha del 22/6/2017. Incluye la evaluación de la encuesta de satisfacción con buenos resultados.

11. Auditoria interna: 26/6/17. Sus hallazgos han dado lugar a los siguientes proyectos de mejora:

- Control mensual de la fecha de caducidad de los productos esterilizados
- Sesión clínica sobre cierre de órdenes clínicas en OMI-AP.
- Actualización del control de manuales de equipos con la inclusión del nuevo espirómetro y su jeringa de calibración

Como punto fuerte se destacó el control documental en Admisión en el centro de salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La sistemática ISO sigue implantada sin problemas, habiendo incrementado la seguridad clínica de la atención prestada. Su desarrollo se ha asentado dentro de las tareas del equipo con normalidad sin interferir en el desarrollo de las actividades asistenciales puras. Es de destacar la implicación del equipo en la gestión por objetivos que siguen mejorando cada año. En estos momentos estamos planteando nuestros nuevos objetivos para el año 2018.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1443 ===== ***

Nº de registro: 1443

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
FERRANDO AZNAR CLARA, LOPEZ FELEZ CARLOS, GARCIA ARAEZ LOPEZ JULIO, SANZ ALMALE ALFREDO, VIÑAS MUÑO RAQUEL, BARDAJI RUIZ BEATRIZ, JUNCOSA FANTOVA FERNANDO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1443

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODOS LOS PACIENTES
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El centro de salud de Calanda está certificado desde el año 2011 con norma ISO 9001:2008. En nuestro proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. Nuestro reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente sobre ellos. Además este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

RESULTADOS ESPERADOS

Detectar e intervenir precozmente sobre los problemas o riesgos detectados en nuestros centros de salud, documentando nuestras actividades de forma regular.

Renovar la certificación ISO 9001 en el año 2017

MÉTODO

1. Gestión de indicadores: El coordinador del centro y el coordinador de calidad mostrarán cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes;

- Detección e intervención en el tabaquismo. Implicación de MAC y EAC. Sesión clínica.
- Planes personales en enfermería: sesión sobre registro de los planes personales nuevos, con atención específica al cupo de menor rendimiento
- Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios
- Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar . Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.
- Eficiencia en visitas: Implantación de consulta no presencial y sesión clínica Dejar de hacer para poder hacer (sesión clínica)
- Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo.
- Incremento del peso medio en ACGs del centro de salud mejorando el registro de los diagnósticos en OMI.

2. Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes

3. Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.

4. Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.

5. Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente

6. Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas

7. Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1443

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

8. Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura

9. Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.

10. Una vez al año somos auditados por un auditor del SALUD, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan

11. Cuando procede somos auditados externamente

INDICADORES

Mantenimiento de la certificación ISO

Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

DURACIÓN

- Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.

- Mayo: revisión por la dirección

- Junio-Septiembre: auditoría interna

- Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones

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 - 2016/1444

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES DOBATO LIEDANA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRANDO AZNAR CLARA
GAUTHIER ALFARO YOLANDA
LLORCA CAMARASA MIGUEL
VIÑAS MUÑO RAQUEL
MALLEN MATEO SARA
LOPEZ FELEZ CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se mantienen las citaciones de demanda no presencial para todos los pacientes que soliciten hablar con medicina o enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
DEMNP Enfermería: 5,44% de media en el año 2018, siendo en el Sector Alcañiz del 3%
DEMNP Medicina: 3,41% de media anual, siendo la media del Sector del 6,5%
DEMNP Pediatría: 3,58% de media anual, siendo la media del Sector 4,58%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Según los datos obtenidos hemos conseguido estar mejor que la media del Sector en las consultas de Enfermería pero nos hemos quedado por debajo de la media en las de Medicina y Pediatría.
Nos queda como recomendación seguir intentando aumentar la citación de consultas no presenciales.
Damos por terminado el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1444 ===== ***

Nº de registro: 1444

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Autores:
DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES, VIÑAS MUÑO RAQUEL, GAUTHIER ALFARO YOLANDA, LLORCA CAMARASA MIGUEL, MALLEN MATEO SARA, FERRANDO AZNAR CLARA, LOPEZ FELEZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la revisión de los outputs del centro de salud de Calanda hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1444

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Calanda.

MÉTODO

- Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
- Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
- Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
- Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
- Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN

Mayo-Junio: sesiones clínicas

Mayo: adaptación de agendas

Revisión periódica de indicadores

Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1444

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES DOBATO LIEDANA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIÑAS MUÑO RAQUEL
LLORCA CAMARASA MIGUEL
FERRANDO AZNAR CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs se ha implantado el programa de consulta no presencial en el Centro de Salud de Calanda.

Desde admisión se realiza la preparación de la consulta de demanda no presencial siguiendo los siguientes pasos:

1. Acuerdo con los profesionales del centro para introducir las citas DEMNP en su agendas
 2. Una vez decidido los horarios de las demandas, se realizan cambios en las matrices de todo el personal del centro
 3. Anulación del dietario anterior y generación de nuevas agendas debiendo de realizar la asignación de citas de las agendas anteriores a las nuevas generadas.
- Los pacientes que demanda atención telefónica son atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a que hora se les llamará a casa.

Se realiza una sesión clínica sobre la mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro.
Se han colocado carteles informativos en el Centro de Salud para difundir entre la población la puesta en marcha de esta iniciativa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta el momento no se nos ha informado del indicador de consulta no presencial por lo que desconocemos si hemos alcanzado los objetivos planteados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación del programa ha sido bien acogida por los pacientes, muchos de ellos no pueden asistir a la consulta para realizar solo ciertos trámites, bien sea consulta sobre medicación, dudas, resultados... Aunque todavía muchos desconocen la DEMNP, poco a poco los pacientes la van solicitando y progresivamente aumenta la demanda de la misma.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1444 ===== ***

Nº de registro: 1444

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Autores:
DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES, VIÑAS MUÑO RAQUEL, GAUTHIER ALFARO YOLANDA, LLORCA CAMARASA MIGUEL, MALLÉN MATEO SARA, FERRANDO AZNAR CLARA, LOPEZ FELEZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1444

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la revisión de los outputs del centro de salud de Calanda hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs

Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Calanda.

MÉTODO

- Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
- Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
- Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
- Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
- Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN

Mayo-Junio: sesiones clínicas

Mayo: adaptación de agendas

Revisión periódica de indicadores

Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1781

1. TÍTULO

ATENCIÓN COMUNITARIA EN PRIMEROS AUXILIOS EN EL ÁMBITO ESCOLAR DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE CALANDA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ELVIRA CHAMOCHO OLMOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCIÓN PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MALLEN MATEO SARA
GAUTHIER ALFARO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan sesiones formativas al final de la jornada laboral de la mañana de los profesionales docentes, para dar oportunidad a que todos pudieran participar, que en total fueron 23 participantes.

Se realiza en 3 días con una duración de 1,30 h. cada día; el personal del centro de salud se adapta a este horario siendo la profesional sanitaria cubierta por el resto de sus compañeros del centro de Salud

Los contenidos, fechas, número de asistentes y ponentes fueron:

1ª sesión: 30 de octubre 2017

Ponente: Elvira Chamocho Olmos

Nº de participantes: 23

Temática:

¿Qué es urgencia y emergencia?

¿Dónde llamar 061/ 112?

Conducta PAS: proteger, avisar y socorrer.

¿Qué es una herida? ¿Qué hay que hacer?

Que hacer en el caso de un golpe de calor.

Lavado de manos, su importancia.

2ª sesión: día 13 de noviembre 2017

Ponente: Elvira Chamocho Olmos

Nº de participantes: 23

Temática:

Qué es y qué hacer en una hipoglucemia.

Manejo de glucómetros, qué es el glucagón.

Qué hacer en caso de un atragantamiento.

Qué es y qué hacer en caso de una hemorragia.

Qué es y qué hacer en caso de una quemadura.

Que hacer en caso de picaduras.

Qué hacer en caso de epilepsia.

3ª sesión : día 20 de noviembre 2017

Ponente: Elvira Chamocho Olmos

Nº de participantes: 23

Temática:

Qué es y qué hacer en caso de fracturas.

Qué es y qué hacer en caso de contusiones.

Qué es y qué hacer en parada cardiorespiratoria: 30:2

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al finalizar la última sesión se pasó una encuesta (Formato PR-08 SA(P)E revisión:A) a todos los asistentes para que valoran en conjunto todas las actividades realizadas. La media de los resultados obtenidos fueron (escala de puntuación: 1 puntuación mínima, 5 puntuación máxima)

1.- La duración de la actividad formativa ha sido:

- 5: 60,0%

- 4: 26,0%

- 3: 8,0%

- 2: 4,3%.

- 1: 0,0%

2.- La actividad formativa ha cubierto mis expectativas:

- 5: 91,0%

- 4: 8,0%

- 3: 0,0%

- 2: 0,0%.

- 1: 0,0%

3.- La actividad me va a ser muy útil en mi trabajo diario:

- 5: 82,0%

- 4: . 17,0%

- 3: 0,0%

- 2: 0,0%.

- 1: 0,0%

4.- El material utilizado en el curso ha sido adecuado:

- 5: 82,0%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1781

1. TÍTULO

ATENCION COMUNITARIA EN PRIMEROS AUXILIOS EN EL AMBITO ESCOLAR DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE CALANDA

- 4: 17,0%
- 3: 0,0%
- 2: 0,0%
- 1: 0,0%

5.- Valoración del formador:

- 5: 95,0%
- 4: 8,0%
- 3: 0,0%
- 2: 0,0%
- 1: 0,0%

6.-. En general, el curso me ha parecido:

- 5: 91,0%
- 4: 13,0%
- 3: 0,0%
- 2: 0,0%
- 1: 0,0%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los participantes de las sesiones valoraron la actividad como positiva, era la primera vez que desde el Centro de Salud realizan actividades con en el Colegio Virgen del Pilar y esperamos que sea el principio para seguir con más proyecto con los docentes como el camino para trabajar con los alumnos hábitos higiénico dietéticos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1781 ===== ***

Nº de registro: 1781

Título
ESCUELA DE SALUD

Autores:
CHAMOCHO OLMOS ELVIRA, DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES, LLORCA CAMARASA MIGUEL, MALLEEN MATEO SARA, GAUTHIER ALFARO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tras varias reuniones, coincidiendo con cambio directivo del colegio, nos plantean la necesidad por parte de equipo docente de realizar unas sesiones formativas en materia sanitarias. Se decide que desde la escuela es una forma sencilla y accesible para iniciar una intervención/ colaboración en temas sanitarios

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar y dotar a los docentes y alumnos de habilidades y herramientas que le ayuden a solventar situaciones de emergencia
Implicar a los niños en su autocuidado en salud

MÉTODO

Se inicia primero con los docentes, y luego con los alumnos ya que es una actividad con continuidad en el tiempo.
Para los docentes en el 2017 y 2018: Sesiones formativas de 90 minutos para profesores
Para alumnos en el 2018:
Sesiones/ taller de 45 minutos
Temas previstos 2017:
Que hacer en una hipoglucemia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1781

1. TÍTULO

ATENCIÓN COMUNITARIA EN PRIMEROS AUXILIOS EN EL ÁMBITO ESCOLAR DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE CALANDA

Que hacer en caso de atragantamiento
Que hacer en caso de epilepsia
Que es una urgencia y emergencia
Golpe de calor
Rcp
Se prepara cada tema de acuerdo a la edad a la que va a ser impartido

INDICADORES
Tras cada sesión se pasará una encuesta del proceso de formación (Formato PR-08SA revisión A) a todos los asistentes para valorar

DURACIÓN
Sesiones formativas de 90 minutos para profesores
Para alumnos en el 2018:
Sesiones/ taller de 45 minutos

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 - 2016/0018

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE MANUELA GOMEZ SILVESTRE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CANTAVIEJA
· Localidad CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION
JARQUE MATEO AMPARO
VALLE LOBATON JUAN MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El soporte vital básico (SVB) ante una parada cardíaca es fundamental iniciarlo cuanto antes para salvar la vida al paciente, éste incluye: la activación precoz del sistema de emergencias, la reanimación cardiopulmonar (RCP) básica precoz, que incluye a su vez la utilización del desfibrilador externo automático (DEA) y la desfibrilación precoz. Existe una relación directa entre la precocidad y calidad de la actuación con la probabilidad de recuperación sin secuelas. El SVB lo puede realizar la población en general, y cuando llegan los servicios sanitarios se inicia el soporte vital avanzado (SVA), pero para llegar a éste se debe haber realizado un buen SVB. Para iniciar un SVA de calidad, y además en profesionales donde, por suerte, no es frecuente este tipo de circunstancias es necesario conocer nuestro carro de paradas y que éste tenga un orden para ofrecer la mejor y más rápida atención en este tipo de situaciones. Además hay que recordar que la Atención Primaria es el primer escalón de la atención sanitaria, y más en nuestro caso donde los hospitales de referencia se encuentran a más de 90 km de distancia.

Por estas razones consideramos importante realizar este proyecto de calidad, con el objetivo de que el carro de parada estuviera en todo momento perfectamente equipado, revisado y con todo el material necesario; así como en un lugar accesible y visible.

Además con este proyecto se ha conseguido involucrar a la mayoría de los profesionales sanitarios de nuestro centro de salud, con lo que se ha conseguido que conozcan mejor el contenido del carro de paradas, así como la organización de la medicación, lo que en caso de una urgencia vital proporciona seguridad al conocer el contenido del mismo.

Con este proyecto también se ha conseguido la eliminación del material caducado del carro de paradas, tanto al inicio como en cada revisión mensual del carro.

Al principio del proyecto se elaboró un calendario con un turno rotatorio mensual, en grupos de dos personas, con las personas encargadas de realizar la revisión del carro de paradas. Así cada revisión mensual tendría un hoja de control donde se especificaba la fecha de revisión, las personas que realizan la revisión y sus firmas, donde tenían que registrar las unidades existentes de cada medicación y retirar la medicación caducada (Anexo I), también en cada revisión se tenía que comprobar el correcto funcionamiento del Desfibrilador Semiautomático, del laringoscopio y del ambú.

Además en la pared, encima del carro de paradas, se colocó un hoja de control de registro de material extraído (Anexo II) del mismo, donde el personal sanitario tenía que apuntar el nombre genérico de medicación, unidades, y su firma.

Con estas dos actividades lo que hemos conseguido es mantener ordenado el carro de paradas, no disponer de material caducado en el carro, fomentar el conocimiento del carro de paradas en la mayoría de los profesionales sanitarios del centro de salud e implicarlos en el control de la medicación y en el mantenimiento del carro. Y en el caso que surgiese una urgencia vital mejorar la atención al paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Eliminación del material caducado: 100%

- Etiquetado y registro del material almacenado: 100%

- Número de revisiones del almacén en 6 meses: 100% (6 revisiones). Todos los meses se ha realizado una revisión del carro de paradas.

- Número de revisiones firmadas de almacén en hoja de control / número total de revisiones programadas: 100% (las seis revisiones fueron firmadas por las personas encargadas de realizar la revisión de almacén). Todas las revisiones del almacén estuvieron firmadas por las personas encargadas de realizarlas. Como dato a añadir cabe destacar que todas las revisiones fueron realizadas y firmadas por dos personas, excepto la revisión del mes de Enero del 2017 que sólo fue realizada por una persona, porque la otra persona encargada de realizar la revisión ese mes se encontraba en situación de Incapacidad Laboral Transitoria (ILT).

- Registro del material extraído de almacén en hoja de control: Fueron extraídas en total 0 Unidades, ya que durante el período que se realizó el proyecto no se atendió ninguna urgencia vital que requiere extraer medicación del carro de paradas.

- Firmas en hoja de control de material extraído de almacén/ total de material extraído Durante el período que se realizó este proyecto no se atendió ninguna urgencia vital en nuestro centro, así que no fue necesario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0018

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA

extraer material del carro de paradas.

- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del desfibrilador/ número total de revisiones programadas: 100% (6/6). En todas las revisiones se comprobó el correcto funcionamiento del desfibrilador. También se comprobó la caducidad de los parches de adultos y pediátricos en cada revisión.

- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del laringoscopio/ número total de revisiones programadas: 100% (6/6)

En todas las revisiones se comprobó el correcto funcionamiento del laringoscopio. En una de las revisiones se comprobó que la lámpara del laringoscopio estaba fundida, por lo que se solicitó una nueva a Almacén

- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del ambú/ número total de revisiones programadas: 100% (6/6) En todas las revisiones se comprobó el correcto funcionamiento del ambú.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras terminar el proyecto se ha confirmado que los resultados han sido muy favorables, consiguiendo que todo el personal sanitario contribuyese a la realización de este proyecto, tanto en la revisión mensual del carro de paradas, así como en la implicación de los profesionales del centro en el control y mantenimiento del mismo.

En conclusión creemos que es un proyecto que ha involucrado a todo el todo el personal en el correcto mantenimiento del carro de paradas, fomentado su conocimiento, lo que proporciona seguridad a los profesionales sanitarios y el caso de atender una situación vital se mejora la atención del paciente; por lo cual consideramos que es una actividad que va a tener una continuidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/18 ===== ***

Nº de registro: 0018

Título
ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA

Autores:
GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION, SANJUAN DOMINGO RAQUEL, GOMEZ SILVESTRE MANUELA, VALLE LOBATON JUAN MANUEL, COBOS COBOS JOSE MARCELO, CHABBAR BOUDET JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

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

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

PROBLEMA
El soporte vital básico (SVB) ante una parada cardíaca es fundamental iniciarlo cuanto antes para salvar la vida al paciente, éste incluye: la activación precoz del sistema de emergencias, la reanimación cardiopulmonar (RCP) básica precoz, que incluye a su vez la utilización del desfibrilador externo automático (DEA) y la desfibrilación precoz. Existe una relación directa entre la precocidad y calidad de la actuación con la probabilidad de recuperación sin secuelas. El SVB lo puede realizar la población en general, y cuando llegan los servicios sanitarios se inicia el soporte vital avanzado (SVA), pero para llegar a éste se debe haber realizado un buen SVB. Para iniciar un SVA de calidad, y además en profesionales donde, por suerte, no es frecuente este tipo de circunstancias es necesario conocer nuestro carro de paradas y que éste tenga un orden para ofrecer la mejor y más rápida atención en este tipo de situaciones. Además hay que recordar que la Atención Primaria es el primer escalón de la atención sanitaria, y más en nuestro caso donde los hospitales de referencia se encuentran a más de 90 km de distancia.
Por estas razones consideramos sumamente importante que el carro de parada debe estar en todo momento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0018

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA

perfectamente equipado, revisado y con todo el material necesario; y debe estar en un lugar accesible, visible y ordenado. Todo el personal debe conocer el contenido y la disposición, y reponer lo que haya utilizado inmediatamente después de su uso, lo que proporciona seguridad a los profesionales sanitarios en situaciones vitales.

RESULTADOS ESPERADOS

- Optimizar la atención del paciente ante una urgencia vital
- Mantener ordenado el carro de paradas
- No disponer de material caducado en el carro de paradas
- Fomentar el conocimiento del carro de paradas en todos los profesionales sanitarios del centro de salud
- Revisión del carro de paradas una vez al mes.
- Implicar a los profesionales del centro en el control y mantenimiento del carro de paradas

MÉTODO

- Control de caducidades
- Eliminación de material caducado
- Revisión, reorganización y etiquetado del material del carro de paradas
- Establecer un turno rotatorio mensual, en grupos de dos personas, para la revisión del carro de paradas
- Registro de cada revisión realizada (fecha de revisión, personal que realiza la revisión y firmas, existencias, caducidad y reposición) mediante una hoja de control.
- Registro del material que se extrae mediante una hoja de control, donde el personal sanitario deberá apuntar nombre genérico de medicación, unidades y su firma.
- Reuniones periódicas con el equipo para informarles del proyecto

INDICADORES

- Eliminación del material caducado
- Etiquetado y registro del material almacenado
- Número de revisiones del almacén en 6 meses
- Número de revisiones firmadas del carro de paradas en hoja de control / número total de revisiones programadas
- Registro del material extraído del carro de paradas en hoja de control
- Firmas en hoja de control de material extraído del carro de paradas/ total de material extraído
- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del desfibrilador/ número total de revisiones programadas
- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del laringoscopio/ número total de revisiones programadas
- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del ambú/ número total de revisiones programadas

DURACIÓN

- En el mes de Agosto de 2016 se retirará el material caducado y se procederá al etiquetado, además de establecer el turno rotatorio mensual, en grupos de dos personas, para la revisión del almacén.
- Desde Agosto de 2016 hasta Enero 2017 se registrarán las revisiones del carro de paradas, así como la extracción del material del mismo.
- Reuniones informativas para el EAP, una al inicio del proyecto, y después de forma periódica (cada 3 meses)

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 - 2016/1514

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION GARCIA ROBRES

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS CANTAVIEJA
- Localidad CANTAVIEJA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GOMEZ SILVESTRE MANUELA
PAULO FUERTES ROSARIO ANA
APARICIO ROS EUSEBIO
EDO MALLÉN JOSE MANUEL
VICENTE PEREZ CARMEN MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En nuestro centro de salud no existía la costumbre de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de enfermería del año 2016 en nuestro centro, de forma global, han presentado un resultado aceptable si nos comparamos con los centros de salud del resto de nuestro sector, aunque ha habido espacio para la mejora, sobre todo en la intervención del tabaquismo. Revisando los resultados, nos hemos dado cuenta que en algún cupo los resultados han sido bastante inferiores a la media del centro, y uno de nuestros objetivos fue la mejora de los mismos.

Por otro lado, en el nuevo contrato de gestión se han desarrollado indicadores nuevos con lo que cual era necesario desarrollar proyectos para el cumplimiento de los mismos; todos estos hechos nos hace plantearnos este proyecto de gestión, y así de forma secundaria, pero no menos importante, mejorar el cuidado a los pacientes crónicos de nuestro sector.

El proyecto de gestión empezó en septiembre de 2017, lo primero que se realizó fue un análisis de los indicadores que se iba a realizar mes a mes, y cada mes se seleccionaron tres o cuatro indicadores en los que los resultados no fuesen los satisfactorios, y sobre ellos se iba a realizar un plan de acciones de mejora.

Así se realizaron tres " cortes", el primero en septiembre-octubre, donde se revisaron los datos de septiembre y se decidió realizar un plan de acción de mejora sobre los siguientes indicadores:

- Detección tabaco, nuestro plan de acción fue involucrar a los enfermeros de atención continuada. Al revisar los datos nos dimos cuenta que había mucho gente joven que no lo tenía realizado porque normalmente no suelen acudir a la consulta de mañana y acudir más a la atención continuada.

- Detección Hb1Ac: aunque es un indicador en el que vamos muy bien, como "caduca" a los meses, por lo que queríamos incidir en él para continuar con la buena evolución.

- Registro de síntomas en EPOC: en este indicador podíamos mejorar, así que aprovechando que comenzaba la campaña de la vacunación de la gripe, en las sesiones se lo recordamos al equipo que registrasen este indicador, para lo cual se imprimió un listado de los pacientes a los que no se les había realizado este protocolo, y así saber a qué pacientes había que realizárselo cuando se fuesen a vacunar de la gripe.

El siguiente corte fue en noviembre, revisando los datos a principios del mismo mes, este mes nos centramos en los siguientes indicadores:

- Intervención tabaco, el plan de mejora fue la implicación de toda la enfermería, incluyendo a los enfermeros de atención continuada, y la realización de una sesión clínica sobre el tema.

- Detección Hb1Ac: aunque es un indicador en el que vamos muy bien, como caduca a los meses, queríamos incidir en él para continuar con la buena evolución.

- Revisión pie diabético: es un indicador en el que íbamos bien, pero queríamos mejorar los resultados.

El tercero y último corte fue a principios de diciembre, donde se revisaron los datos de los indicadores a principios del mes y se decidió realizar un plan de acción de mejora sobre los siguientes indicadores:

- Intervención tabaco, es un indicador que respecto al mes anterior habíamos mejorado, pero queríamos obtener un mejor resultado, se volvió a recordar a enfermería, incluido a EAC. Mediante correo electrónico que había que realizarla a los pacientes que faltaban, tanto en consulta como aprovechando la atención continuada, y se envió la sesión dada en noviembre por correo electrónico.

- Detección Hb1Ac: se insistió al personal de enfermería en revisar a que pacientes faltaba pedírsela para realizar la analítica antes de fin de año.

- Valoración del riesgo de caídas: aunque es un indicador en el que no íbamos mal, se decidió mejorarlo.

Para lo cuál se decidió realizar un impresión del listado de pacientes a los que no les había realizado para hacer una captación activa de este indicador.

En septiembre 2017n se seleccionaron los indicadores de peor resultado que fueron los siguientes:

- intervención sobre tabaquismo: 49,12%
- detección de tabaquismo: 57,03
- registro de síntomas en EPOC: 76,19%
- Limpieza de vias aéreas: 66,67%
- Detección Hb1Ac: 68,92%

Las acciones de mejora a nivel global han sido las siguientes:

- Implicación de EAC en la detección e intervención del tabaco, con reuniones con ellos y sesiones clínicas
- Impresión de listados de pacientes EPOC para captación activa e implementar el protocolo
- Impresión de listados de pacientes diabéticos a los que había que solicitar la Hb1AC

Después de la instauración de este proyecto hemos mejorado considerablemente en todos los indicadores, incluso en algunos que ya se había logrado buenos resultados se ha conseguido mejorarlos, y en otros, como en la detección e intervención del tabaco que no se habían conseguido nunca los objetivo mínimos se han conseguido

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1514

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

alcanzarlos.

Si comparamos los resultados obtenidos en diciembre 2016, con respecto a los de este año (diciembre 2017) se puede comprobar cómo hemos mejorado considerablemente en casi todos los indicadores, en algunos alcanzado el estándar mínimo exigido que en años anteriores no se había conseguido alcanzar. En dos indicadores, que son EPOC síntomas vías aéreas y escala Norton, se han bajado unas décimas respecto al año anterior, pero aún así los resultados de este año continúan siendo excelentes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Intervención sobre tabaquismo	64,71%
Detección de tabaquismo	64,10%
Síntomas en la EPOC	85
Limpieza de vías aéreas	85
Detección Hb1AC	81,16%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este año 2017 se ha alcanzado por primera vez el estándar mínimo en intervención de tabaquismo, llegando incluso al estándar excelente, habiendo mejorado a la vez la detección de fumadores en este momento respecto al año anterior, que también alcanza el estándar excelente. Respecto al resto de indicadores se han aumentado también considerablemente respecto a los datos del año anterior, llegando en varios de ellos al estándar excelente. Un indicador que no se ha medido ha sido la realización de espirometría al no disponer de espirómetro en nuestro centro para poder realizarlas, por lo que en este nuevo año que ya dispondrá el centro de ello, es un indicador en el que vamos a estar muy pendientes de lograr buenos resultados, siendo uno de los objetivos realizar un proyecto de calidad para lograr la implicación de la mayor parte de los profesionales.

7. OBSERVACIONES.

No se pueden adjuntar graficas

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1514 ===== ***

Nº de registro: 1514

Título
GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

Autores:
GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION, GOMEZ SILVESTRE MANUELA, JARQUE MATEO AMPARO, PAULO FUERTES ROSARIO ANA, EDO MALLÉN JOSE MANUEL, APARICIO ROS EUSEBIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de enfermería del año 2016 han presentado un resultado aceptable si nos comparamos con el resto del sector, aunque ha habido espacio para la mejora, sobre todo en la intervención del tabaquismo. En algún cupo los resultados han sido bastante inferiores a la media del centro y esto puede mejorar. Por otra parte, el hecho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1514

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Cantavieja.

MÉTODO

- Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
- Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados y planes personales en los puntos clave de los nuevos indicadores
- Atención al tabaquismo: Difusión del programa de atención al tabaquismo del sector. Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
- Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
- Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Análisis de indicadores que van por debajo del estándar y propuesta de acciones de mejora. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

DURACIÓN

- Mayo: Elaboración de procedimiento de intervención sobre el tabaquismo en el sector de Alcañiz
- Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
- Junio: Sesiones clínicas sobre tabaquismo y registro de planes personales y planes de cuidados
- Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
- Enero 2017: Evaluación 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 - 2016/1515

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL SANJUAN DOMINGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CANTAVIEJA
· Localidad CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUCALON LAFUENTE MARCELINO
GARCIA COLINAS MIREN ARANTZATU
ORTIN ALVAREZ GLORIA
GRANADA GARCIA PASCUAL
MARCO LOSTAL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En nuestro centro de salud no estaba sistematizada la gestión por objetivos. Los indicadores de medicina del año 2016 en nuestro centro, de forma global, han presentado un resultado aceptable si nos comparamos con el resto del sector, aunque ha habido espacio para la mejora, sobre todo en la intervención del tabaquismo e indicadores de farmacia.

Por otro lado, en el nuevo contrato de gestión se han desarrollado indicadores nuevos con lo que cual era necesario desarrollar proyectos para el cumplimiento de los mismos; todos estos hechos nos hace plantearnos este proyecto de gestión, y así de forma secundaria, pero no menos importante, mejorar el cuidado a los pacientes crónicos de nuestro sector.

El proyecto de gestión empezó en septiembre de 2017, lo primero que se realizó fue un análisis de los indicadores que se iba a realizar mes a mes, y cada mes se iban a seleccionar uno o dos indicadores en los que los resultados no fuesen los satisfactorios, y sobre ellos se iba a realizar un plan de acciones de mejora.

Así se realizaron tres " cortes", el primero en septiembre-octubre, donde se revisaron los datos de septiembre y se decidió realizar un plan de acción de mejora sobre los siguientes indicadores:

- Detección tabaco, nuestro plan de acción fue involucrar a los médicos de atención continuada, al revisar los datos nos dimos cuenta que había mucho gente joven que no lo tenía realizado porque normalmente no suelen acudir a la consulta de mañana y acudir más a la atención continuada.
- Intervención tabaco: involucrar a los médicos de atención continuada, para que "captasen " a la población joven que suele acudir más a atención continuada que a la consulta.
- Uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica (FAA) en pediatría: se realizó una sesión clínica sobre las indicaciones de los antibióticos en esta patología, y se explicó también en sesión clínica, realizada el 2 de octubre de 2017, como realizar de forma correcta el streptotest.
- Uso de antibióticos en otitis media aguda en pediatría: se realizó una sesión clínica, el 2 de octubre de 2017, sobre las indicaciones de los antibióticos en esta patología.

El siguiente corte fue en noviembre, revisando los datos a principios del mismo mes, este mes nos centramos en los siguientes indicadores:

- Intervención tabaco, el plan de mejora fue la implicación de toda el personal sanitario (medicina y enfermería), incluyendo también a los enfermeros y médicos de atención continuada, y al pediatra. Se dio una sesión clínica (13-noviembre-2017) sobre el tema.
- Antibiótico en FAA pediatría: se realizó una sesión clínica (13-noviembre-2017) sobre las indicaciones de los antibióticos en esta patología, y se explicó también en sesión clínica como realizar de forma correcta el streptotest. Implicación de los MAC.
- Antibiótico en otitis media aguda pediatría: se realizó una sesión clínica (13-noviembre-2017) sobre las indicaciones de los antibióticos en esta patología. Implicación de los MAC.

El tercero y último corte fue a principios de diciembre, donde se revisaron los datos de los indicadores a principios del mes y se decidió realizar un plan de acción de mejora sobre los siguientes indicadores:

- Intervención tabaco, es un indicador que respecto al mes anterior habíamos mejorado, pero queríamos obtener un mejor resultado, se volvió a recordar a enfermería y medicina, incluido a EAC y MAC, y también al pediatra. Mediante correo electrónico que había que realizarla a los pacientes que faltaban, tanto en consulta como aprovechando la atención continuada, y se envió la sesión dada en noviembre por correo electrónico.
- Antibiótico en FAA pediatría: se volvió a recordar la mejora de este indicador en una de las sesiones clínicas que se realizaron en el mes de diciembre, concretamente el día 11 de diciembre de 2017, y se envió por correo electrónico la sesión clínica realizada en el mes de noviembre.
- Antibiótico en otitis media aguda pediatría: se volvió a recordar la mejora de este indicador en una de las sesiones clínicas que se realizaron en el mes de diciembre (11-diciembre-2017), y se envió por correo electrónico la sesión clínica realizada en el mes de noviembre.

En septiembre se seleccionaron los indicadores de peor resultado que fueron los siguientes:

- intervención sobre tabaquismo: 49,12%
- detección de tabaquismo: 57,03
- Uso de antibióticos en FAA en pediatría y Uso de antibióticos en otitis media aguda en pediatría: desde el servicio de farmacia AP nos comunicaron que era un indicador en el que los resultados no eran los óptimos para todo el sector, por lo que nos debíamos centrar en él

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1515

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Las acciones de mejora a nivel global han sido las siguientes:

- Implicación de MAC y pediatra en la detección e intervención del tabaco, con reuniones con ellos y sesiones clínicas
- Sesiones clínicas sobre tabaquismo, prescripción de fármacos en FAA y OMA en pediatría, cuando están indicados y antibióticos de elección.
- Implicación de los MAC en los indicadores de prescripción pediátrica

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Después de la instauración de este proyecto hemos mejorado considerablemente en todos los indicadores, incluso en algunos que ya se había logrado buenos resultados se ha conseguido mejorarlos, y en otros, como en la detección e intervención del tabaco que no se habían conseguido nunca los objetivo mínimos se han conseguido alcanzarlos.

Si comparamos los resultados obtenidos en diciembre 2016, con respecto a los de este año (diciembre 2017) hemos mejorado considerablemente en casi todos los indicadores, en algunos alcanzando el estándar mínimo exigido que en años anteriores no se había conseguido alcanzar.

Solo se han conseguido peores resultados en este año respecto al anterior en los siguientes indicadores: LDL<100, estatinas en prevención secundaria, medicamentos inapropiados en mayores de 75 años y medicamentos con riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años, y aún así nuestros resultados continúan siendo óptimos y en el caso de los indicadores de farmacia se obtiene el estándar excelente.

Con respecto a los indicadores de farmacia de pediatría (Uso de antibióticos en FAA en pediatría y Uso de antibióticos en otitis media aguda en pediatría), nuestro centro de salud tiene una situación "especial" ya que no hay un pediatra que tenga un CIAS. Sino que el CIAS de pediatría de Cantavieja lo comparte con el CIAS del pediatra que lleva otros pueblos que pertenecen al sector de Teruel (Sarrión, Mosqueruela, Cedrillas...) por lo que se solicitaron estos datos al servicio de Farmacia, y se han analizado conjuntamente los datos.

Respecto a la prescripción de antibióticos en faringoamigdalitis, al analizar los datos el primer problema que tuvimos fue que los diagnósticos no eran los correctos, si solo nos centrábamos en el diagnóstico de Faringoamigdalitis obteníamos muy poquitos resultados, concretamente 10 resultados, por lo que ampliamos la búsqueda a los siguientes diagnósticos: Faringitis/ amigdalitis estrept, amigdalitis aguda y hipertrofia/infección, obteniendo así 42 resultados. Si analizamos todo el año 2017 en conjunto, se prescribieron un total de 42 antibióticos por esta patología, siendo solo 26 de ellos amoxicilina, obteniendo un resultado de 61,9% (26/42).

Realizamos dos cortes, de enero 2017 a agosto 2017 (tiempo en el que no estaba instaurado en el proyecto), en el que se prescribieron 30 antibióticos por estas patologías, siendo solo 19 de ellos amoxicilina, por lo tanto obteniendo un resultado de 63,33%.

De septiembre de 2017 a diciembre de 2017, se realizó un segundo corte, ya que en este período de tiempo se instauró el proyecto, en este tiempo se prescribieron 12 antibióticos por estas patologías, siendo solo 7 de ellos amoxicilina, por lo tanto obteniendo un resultado de 58,33%.

Respecto a la prescripción de antibióticos en otitis media aguda, también tuvimos el problema de que los diagnósticos no eran los correctos, si solo nos centrábamos en el diagnóstico de otitis media aguda en todo el año 2017 solo obteníamos 3 resultados, mientras que si ampliamos la búsqueda a los siguientes diagnósticos: otitis externa, dolor de oído/oreja se ampliaba a 5 resultados. Si analizamos todo el año 2017 en conjunto, se prescribieron un total de 5 antibióticos por esta patología, siendo solo 3 de ellos amoxicilina, obteniendo un resultado de 60% (3/5)

Realizamos dos cortes, de enero 2017 a agosto 2017 (tiempo en el que no estaba instaurado en el proyecto), en el que se prescribieron 3 antibióticos por estas patologías, siendo solo 1 de ellos amoxicilina, por lo tanto obteniendo un resultado de 33,33%.

De septiembre de 2017 a diciembre de 2017, se realizó un segundo corte, ya que en este período de tiempo se instauró el proyecto, en este tiempo se prescribieron 2 antibióticos por estas patologías, siendo los dos amoxicilina, por lo tanto obteniendo un resultado de 100%.

En ambas patologías, estamos por debajo de los parámetros aceptables, al igual que el sector Alcañiz y Sector Teruel (al que estábamos adscritos en Pediatría), incluso en el indicador de FAA se han logrado peores resultados que antes de empezar el proyecto. En el indicador de OMA si que se han logrado mejores resultados, pero al ser tan pocos casos debemos ser cautos.

Indicadores estudiados (resultado diciembre 2017)

- Intervención sobre tabaquismo: 64,71 %
- Detección de tabaquismo: 64,1%
- Antibióticos en FAA pediatría (año 2017): 63,33%
- Antibióticos en OMA pediatría (año 2017) :60%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este año 2017 se ha alcanzado por primera vez el estándar mínimo en intervención de tabaquismo, llegando incluso al estándar excelente, habiendo mejorado a la vez la detección de fumadores en este momento respecto al año anterior, que también alcanza el estándar excelente.

Respecto al resto de indicadores se han aumentado también considerablemente respecto a los datos del año anterior, llegando en varios de ellos al estándar excelente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1515

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Respecto a los indicadores de farmacia se han conseguido unos resultados muy buenos, obteniendo en la mayoría de ellos el estándar excelente.

Con respecto a los indicadores de farmacia de pediatría (Uso de antibióticos en FAA y Uso de antibióticos en otitis media aguda) los resultados obtenidos no han sido favorables, por lo que nuestro propósito para este año 2018 en un nuevo proyecto será, con el fin de alcanzar los estándares fijados:

- Formación en OMI-AP (diagnósticos).
- Formación en ambas patologías.
- Seguimiento trimestral de los datos de uso de antibióticos en ambas patologías por un lado, y en todas las patologías (para mejorar los diagnósticos).

7. OBSERVACIONES.

No deja adjuntar gráficos

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1515 ===== ***

Nº de registro: 1515

Título
GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Autores:
CUCALON LAFUENTE MARCELINO, SERRANO GODOY MIGUEL ANGEL, GRANADA GARCIA PASCUAL, ORTIN ALVAREZ GLORIA, MARCO LOSTAL CARMEN, ALEGRE HUALDE JOSE LUIS, VALLE LOBATON JUAN MANUEL, SANJUAN DOMINGO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de medicina del año 2016 han presentado un resultado aceptable si nos comparamos con el resto del sector, aunque ha habido espacio para la mejora, sobre todo en la intervención del tabaquismo e indicadores de farmacia. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar las coberturas de los indicadores de medicina y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Cantavieja.

MÉTODO

- Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- Presentación de resultados del año anterior tanto del contrato de gestión como de diabetes, análisis de los que salen más bajos, identificación de posibles causas de por qué están más bajos y acciones de mejora, con especial atención a los indicadores de farmacia que han quedado por debajo de los estándares establecidos.
- Implicación de MAC y EAC en los indicadores de prescripción pediátrica
- Atención al tabaquismo: Difusión del programa de atención al tabaquismo del sector. Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
- Evaluación cuatrimestral de indicadores médicos del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador. Análisis de indicadores que van por debajo del estándar y propuesta de acciones de mejora. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a medicina.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1515

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

- Mayo: Elaboración de procedimiento de intervención sobre el tabaquismo en el sector de Alcañiz
- Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer trimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
- Junio: Sesiones clínicas sobre tabaquismo e indicadores de farmacia con resultados actualizados
- Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
- Enero 2017: Evaluación del proyecto

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 - 2016/1516

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL CENTRO SALUD CANTAVIEJA 2016

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARCELINO CUCALON LAFUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CANTAVIEJA
· Localidad CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
APARICIO ROS EUSEBIO
ORTIN ALVAREZ GLORIA
GRANADA GARCIA PASCUAL
SERRANO GODOY MIGUEL ANGEL
JARQUE MATEO AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Cantavieja se encontraron varios problemas:
- El escaso peso medio de nuestras ACGs que identificaba un problema de registro de los diagnósticos. Esto también repercutía sobre nuestros GMAs presentando una figura de población sana que no se corresponde con nuestra población envejecida y que lastraba el resto de los indicadores de eficiencia
- La eficiencia en derivaciones, farmacia y visitas ajustado por ACGs se ha resentido estando por ello todos los indicadores por encima del estándar. Independientemente del bajo peso medio de nuestro centro nos planteamos también intervenir sobre los tres indicadores.

Por lo tanto los objetivos de este proyecto fueron incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs y GMAs; Mejorar los tres indicadores de eficiencia en las visitas ajustado por ACG; e implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Cantavieja.

Las acciones de mejora a nivel global han sido las siguientes:

- Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro, así como recordatorio periódico vía correo electrónico
- Eficiencia en visitas: mediante la consulta no presencial, para lo cual se realizó un rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas. Otra cosa que se hizo fue que aquellos pacientes que demandasen atención telefónica serían atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamaría a casa. También se programaron revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD.
- Respecto a la Implantación de la interconsulta virtual en el centro de salud de Cantavieja. El centro de salud de Cantavieja tiene una "situación excepcional", ya que aunque pertenece al sector de Alcañiz, los pacientes de las localidades de Cantavieja, La Iglesia del Cid y Fortanete son derivados al Hospital de Teruel donde de momento, no tenemos la opción de poder realizar interconsultas virtuales con las diferentes especialidades.
- Eficiencia en farmacia: Se realizaron sesiones sobre la eficiencia en farmacia y sesiones clínicas sobre el uso de antibióticos en faringomigdalitis en pediatría y sobre el uso de antibióticos en Otitis Media Aguda en Pediatría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con respecto a los resultados obtenidos en Diciembre 2017 son los siguientes:

- Eficiencia en visitas mediante la consulta no presencial, estamos pendientes de que nos envíen los resultados, por este motivo para comprobar en qué punto nos encontrábamos en este indicador hemos analizado el mes de diciembre de 2017, dado que en este mes ya estaba implantado este indicador en todo el centro de salud. Los datos obtenidos en diciembre 2017 han sido un 2,50% en enfermería y un 4,65% en las consultas de medicina. Respecto a los profesionales, el 75% de ellos la están utilizando.
- Con respecto a los indicadores de farmacia, si comparamos los datos de septiembre 2017, que fue cuando se inició el proyecto, con los de diciembre de este año en el indicador que íbamos peor (pero se ha alcanzaba el mínimo) ha sido el indicador de estatinas en prevención secundaria, mejorando los resultados en un 3,95%, obteniendo el estándar excelente. Respecto al resto de indicadores se han obtenido datos muy similares, obteniendo en casi todos ellos el máximo excelente. Si comparamos los datos de diciembre 2017 con los del año anterior (diciembre 2016) se puede comprobar cómo hemos mejorado notablemente los resultados en dos indicadores, que son estatinas en prevención secundaria (un aumento del 7,5%) y selección eficiente de estatinas (aumento del 4,13%), llegando en ambos indicadores al estándar excelente. . Respecto al resto de indicadores se han obtenido datos muy similares, obteniendo en casi todos ellos el máximo excelente.

Con respecto a los indicadores de farmacia de pediatría (antibióticos en faringoamigdalitis y otitis media aguda), nuestro centro de salud tiene una situación "especial" ya que no hay un pediatra que tenga un CIAS. Sino que el CIAS de pediatría de Cantavieja lo comparte con el CIAS del pediatra que lleva otros pueblos que pertenecen al sector de Teruel (Sarrión, Mosqueruela, Cedrillas...) por lo que se solicitaron estos datos al servicio de Farmacia, y se han analizado conjuntamente los datos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1516

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL CENTRO SALUD CANTAVIEJA 2016

Respecto a la prescripción de antibióticos en faringoamigdalitis, al analizar los datos el primer problema que tuvimos fue que los diagnósticos no eran los correctos, si solo nos centramos en el diagnóstico de Faringoamigdalitis obteníamos muy poquitos resultados, concretamente solo 10 resultados, por lo que ampliamos la búsqueda a los siguientes diagnósticos: Faringitis/ amigdalitis estrept, amigdalitis aguda y hipertrofia/infección, obteniendo así 42 resultados. Si analizamos todo el año 2017 en conjunto, se prescribieron un total de 42 antibióticos por esta patología, siendo solo 26 de ellos amoxicilina, obteniendo un resultado de 61,9% (26/42).

Realizamos dos cortes, de enero 2017 a agosto 2017 (tiempo en el que no estaba instaurado en el proyecto), tiempo en que el que se prescribieron 30 antibióticos por estas patologías, siendo solo 19 de ellos amoxicilina, por lo tanto obteniendo un resultado de 63,33%.

De septiembre de 2017 a diciembre de 2017, se realizó un segundo corte, ya que en este período de tiempo se instauró el proyecto, en este tiempo se prescribieron 12 antibióticos por estas patologías, siendo solo 7 de ellos amoxicilina, por lo tanto obteniendo un resultado de 58,33%.

Respecto a la prescripción de antibióticos en otitis media aguda, también tuvimos el problema de que los diagnósticos no eran los correctos, si solo nos centrábamos en el diagnóstico de otitis media aguda en todo el año 2017 solo obteníamos 3 resultados, mientras que si ampliamos la búsqueda a los siguientes diagnósticos: otitis externa, dolor de oído/oreja se ampliaba a 5 resultados. Si analizamos todo el año 2017 en conjunto, se prescribieron un total de 5 antibióticos por esta patología, siendo solo 3 de ellos amoxicilina, obteniendo un resultado de 60% (3/5)

Realizamos dos cortes, de enero 2017 a agosto 2017 (tiempo en el que no estaba instaurado en el proyecto), tiempo en que el que se prescribieron 3 antibióticos por estas patologías, siendo solo 1 de ellos amoxicilina, por lo tanto obteniendo un resultado de 33,33%.

De septiembre de 2017 a diciembre de 2017, se realizó un segundo corte, ya que en este período de tiempo se instauró el proyecto, en este tiempo se prescribieron 2 antibióticos por estas patologías, siendo los dos amoxicilina, por lo tanto obteniendo un resultado de 100%.

En ambas patologías, estamos por debajo de los parámetros aceptables, incluso en el indicador de FAA se han logrado peores resultados que antes de empezar el proyecto, en el indicador de OMA si que se han logrado mejores resultados, pero al ser tan pocos casos debemos ser cautos.

Con respecto al indicador de la interconsulta virtual, como hemos explicado anteriormente aunque Cantavieja es un centro que pertenece al sector sanitario de Alcañiz, por la especial localización que posee las poblaciones de mayor tamaño (Cantavieja, La Iglesia del Cid y Fortanete) son derivados a las diferentes especialidades del Hospital de Teruel, por lo que al ser otro sector sanitario nos ha sido imposible acceder a esos datos.

INDICADORES:

- % de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría: Diciembre 2017: 4,65%
- % de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería : Diciembre 2017: 2,50%
- Antibióticos en FAA pediatría (año 2017) 63,33%
- Antibióticos en OMA pediatría (año 2017) 60%
- % Interconsultas Virtuales del total de las derivaciones % de interconsultas resueltas de forma no presencial del total de las derivaciones realizadas: No se han podido obtener los datos al derivar a la mayor parte de nuestros pacientes al Hospital de Teruel, que es otro sector sanitario
- Indicadores de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia, visitas y derivaciones :Estamos pendiente de obtener los datos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Seguimos obteniendo muy buenos datos en eficiencia en farmacia, excepto en los indicadores de farmacia de pediatría, el cual es uno de nuestros objetivos de mejora en este año. Con respecto a la consulta no presencial, en la que estamos pendientes de que nos envíen los resultados desde que comenzó este proyecto. En el mes que hemos analizado, que ha sido diciembre porque en este mes ya estaba implantado este indicador en todo el centro de salud, respecto a la consulta de medicina casi hemos alcanzado el objetivo marcado. Respecto a enfermería los datos no han sido tan favorables, una de las razones puede ser la desinformación que siguen teniendo algunos de nuestros profesionales sobre este tipo de consulta y otra razón creemos que es el poco tiempo que lleva instaurada esta consulta. Es una consulta que pueden demandar los pacientes, pero que también podemos "aprovechar" los profesionales sanitarios para informar de resultados, para el seguimiento de patologías crónicas, actualización de receta electrónica, partes de ILT...debido a los resultados obtenidos y al gran potencial que creemos que tiene esta consulta, es uno de nuestros objetivos obtener unos mejores resultados este año implicando a todos los profesionales sanitarios.

7. OBSERVACIONES.

No se pueden adjuntar gráficos

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1516 ===== ***

Nº de registro: 1516

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1516

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL CENTRO SALUD CANTAVIEJA 2016

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA

Autores:
APARICIO ROS EUSEBIO, CUCALON LAFUENTE MARCELINO, COBOS COBOS JOSE MARCELO, GRANADA GARCIA PASCUAL, ORTIN ALVAREZ GLORIA, SERRANO GODOY MIGUEL ANGEL, JARQUE MATEO AMPARO, GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Cantavieja hemos encontrado varios problemas:
- El escaso peso medio de nuestras ACGs que identifica un problema de registro de los diagnósticos. Esto también repercute sobre nuestros GMAs presentando una figura de población sana que no se corresponde con nuestra población envejecida y que lastra el resto de los indicadores de eficiencia
- La eficiencia en derivaciones, farmacia y visitas ajustado por ACGs se ha resentido estando por ello todos los indicadores por encima del estándar. Independientemente del bajo peso medio de nuestro centro nos planteamos también intervenir sobre los tres indicadores.

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs y GMAs
Mejorar los tres indicadores de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Cantavieja.

MÉTODO
- Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
- Eficiencia en visitas. Consulta no presencial:
o Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
o Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
o Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
o Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

- Derivaciones: Implantación de la interconsulta virtual en el centro de salud de Cantavieja. La dirección de Atención Primaria deberá gestionarlo con el Hospital de Teruel para aquellas derivaciones que se realicen a él.
- Eficiencia en farmacia: Se realizarán sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo

INDICADORES
% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría
% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería
% Interconsultas Virtuales del total de las derivaciones
% de interconsultas resueltas de forma no presencial del total de las derivaciones realizadas
Indicadores de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia, visitas y derivaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1516

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL CENTRO SALUD CANTAVIEJA 2016

DURACIÓN

Mayo-Junio: sesiones clínicas
Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores
Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1523

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ROSARIO ANA PAULO FUERTES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CANTAVIEJA
· Localidad CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANJUAN DOMINGO RAQUEL
MARCO LOSTAL CARMEN
EDO MALLÉN JOSE MANUEL
VALLE LOBATON JUAN MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Nuestra zona básica de salud es un área con una elevada dispersión de la población y pocos recursos sanitarios, lo que hace necesario la formación de sus habitantes para una actuación inmediata que pueda salvar o mejorar la calidad futura de vida de las personas que lo precisen.

Un espacio idóneo para iniciar en el adiestramiento sobre primeros auxilios, es sin duda en la escuela. Los alumnos de infantil y de primaria, son grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad, por lo que es de gran importancia, que sepan actuar ante ellos, hasta que sea posible la asistencia médica.

La escuela constituye un ambiente idóneo para iniciar a la población en el conocimiento y aprendizaje de la Reanimación CardioPulmonar (RCP). Las escuelas de nuestra zona básica de salud están agrupadas en el C.R.A (Colegio Rural Agrupado) del Alto Maestrazgo. Un colegio rural agrupado es un centro educativo formado por un grupo de escuelas rurales que comparten un mismo entorno físico y socio-cultural. La sede se encuentra en Cantavieja, y se ofrece escolarización además en las localidades de Fortanete, La Iglesuela del Cid, Villarlengu y Pitarque.

Parece claro que los niños pequeños, los menores de 10 o 12 años, pueden tener dificultades para realizar algunas de las habilidades prácticas que conlleva el aprendizaje de las técnicas básicas de reanimación (realización de masaje cardíaco y ventilaciones) debido a sus características físicas. Pero estos niños son capaces de aprender estas y otras cuestiones teóricas relacionadas con el soporte vital, como el acceso al sistema de emergencias médicas, por lo que es posible implementar una formación por niveles, empezando por cuestiones básicas en la etapa de educación infantil para ir introduciendo conocimientos de acuerdo a la edad.

Por estas razones consideramos importante realizar este proyecto de atención comunitaria, con el objetivo de mejorar la actitud de los alumnos ante una situación de emergencia vital, así como explicarles el uso correcto del número 112 y de los servicios de emergencia, instruirlos sobre medidas de autoprotección de prevención de accidentes domésticos, y enseñarles los pasos de reanimación cardiopulmonar (sólo con las manos en los menores de 10 años) y de la desobstrucción de la vía aérea.

Otro de los objetivos fue implicar a los profesionales sanitarios del centro de salud para la impartición de los cursos de primeros auxilios en las escuelas de nuestra zona básica de salud e instaurar unos cauces de comunicación efectivos entre el CRA Alto Maestrazgo y el centro de salud de Cantavieja, así como visibilizar el trabajo de promoción de la salud y actividades en materia de prevención de los profesionales de nuestro centro.

Al principio del proyecto, lo primero que se hizo fue designar a un responsable de este proyecto (Raquel Sanjuán Domingo), quien se puso en contacto con la directora del CRA Alto Maestrazgo dándole a conocer nuestro proyecto, para que después ella se lo trasladase al resto de profesores. Una vez aprobado los talleres por el claustro de profesores, y de acuerdo con los alumnos matriculados en cada escuela, se acordó también los días que se iban a impartir los talleres en los distintos centros y que profesionales acudirán.

Se preparó un temario de acuerdo a la edad escolar de los alumnos y se adaptó el método educativo a la edad de los escolares y a su ciclo formativo, debido a las características las escuelas rurales, de acuerdo, con los profesores de los centros se acordó dividir a los alumnos en educación infantil (3-6 años) y educación primaria (7-12 años) y como máximo en cada taller estarían veinte alumnos y como mínimo dos docentes.

En general, las charlas a educación infantil no sobrepasaron los 30 minutos, y las de educación primaria duraron una hora aproximadamente. Se utilizaron diapositivas muy vistosas que se fueron intercalando con vídeos y canciones sobre los servicios de emergencias y RCP para fijar la atención de los alumnos. Se adecuó el lenguaje a cada edad y se fomentó la participación de los niños, por ejemplo lanzándoles preguntas. A los niños se les enseñó la reanimación sobre un peluche de unos 100 cm para que pudieran practicar las maniobras de reanimación cardiopulmonar sobre él, especialmente el masaje cardíaco; otras técnicas como la PSL (posición lateral de seguridad) o la desobstrucción de la vía aérea, pusimos a un docente o a un profesor para que practicasen.

Los elementos fundamentales que constituyeron los contenidos de la formación fueron el reconocimiento de la parada cardíaca, la comprobación de la seguridad en escena, la obtención de ayuda mediante la llamada telefónica al 112, la administración de compresiones torácicas de calidad y la preparación emocional para reaccionar ante una emergencia.

El contenido por los grupos de edad fue el siguiente:

Grupo 1 (3-6 años):

- Concepto de Emergencia.
- El número del teléfono 112.
- ¿Qué es el 112?, ¿Para que sirve?, ¿Qué me van a preguntar? ¿ Que tengo que decir? - ¿Desde que teléfono puedo llamar?
- ¿Qué es una RCP?
- Diferenciar entre una persona dormida y una persona inconsciente. Ponemos a un profesor en el suelo y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1523

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

ponemos distintos ejemplos
- Práctica de RCP solo con las manos

Grupo 2 (7-10 años):
Además de los anterior primeros auxilios en caso de epistaxis, atragantamiento, heridas, quemaduras, síncope.

Grupo 3 (11-12 años):
La diferencia del grupo anterior es que la RCP se enseñará completa.

Además para valorar los conocimientos, a los alumnos de educación primaria, es decir a partir de los 7 años, se les realizó un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología. También se les realizó una encuesta de satisfacción que constaba de cinco ítems, los cuatro primeros ítems eran preguntas cerradas donde la respuesta era sí o no y el quinto ítem sobre la valoración del taller (puntuación del 1 al 10).

A los profesores que asistieron a los talleres acompañando a los alumnos también se les realizó una encuesta de satisfacción, que constaba de diez ítems, los primeros siete ítems constaban de preguntas cerradas con respuesta dicotómica (sí o no) sobre si consideraban útil el taller, si les había gustado el taller... el octavo ítem se les sugería si quería que les diésemos algún taller a los profesores nos indicasen que temas les gustaría, el noveno ítem era una valoración del curso, con una puntuación del 0 al 10, y el decimo ítem si nos querían dejar algún comentario o sugerencia.

El total de alumnos matriculados en el CRA del Alto Maestrazgo eran 143 alumnos, de los cuáles 49 estaban en educación infantil y 94 en educación primaria. La distribución de los alumnos era la siguiente:

Fortanete: 7 alumnos en educación infantil y 14 alumnos en educación primaria. Se dividieron en un grupo de educación infantil y un grupo de educación primaria.
Cantavieja: 30 alumnos en educación infantil y 56 alumnos en educación primaria. Se dividieron en dos grupos de educación infantil y tres grupos de educación primaria.
La Iglesuela del Cid: 4 alumnos en educación infantil y 16 alumnos en educación primaria. Se dividieron en un grupo de educación infantil y un grupo de educación primaria.
Villarluengo: 6 alumnos en educación infantil y 5 alumnos en educación primaria. Se dividieron en un grupo de educación infantil y un grupo de educación primaria.
Pitarque: 2 alumnos en educación infantil y 3 alumnos en educación primaria. Se dividieron en un grupo de educación infantil y un grupo de educación primaria.

El calendario fue el siguiente:

29 Septiembre: se impartió el taller en la escuela de Fortanete, de 11 horas a 12 horas al grupo de educación primaria y 12 horas a 12,30 horas al grupo de educación infantil. Los docentes fueron Raquel Sanjuán Domingo y Carmen Marco Lostal.
2 octubre: se impartió el taller en la escuela de Cantavieja, a dos grupos de educación primaria, a uno de 15 horas a 16 horas y al segundo de 16 horas a 17 horas. Los docentes fueron Raquel Sanjuán Domingo, Manuela Gómez Silvestre y José Manuel Edo Mallén.
3 octubre: se impartió el taller en la escuela de Cantavieja, a dos grupos de educación infantil (el horario del primer grupo fue de 10,30 horas a 11 horas, y el segundo grupo de 12,30 horas a 13,00 horas); y al último grupo de educación primaria (de 11 horas a 12 horas). Los docentes fueron Raquel Sanjuán Domingo y Rosario Ana Paulo Fuertes.
16 octubre: se impartió el taller en la escuela de la Iglesuela del Cid, a un grupo de educación primaria(de 10 horas a 11 horas) y a un grupo de educación infantil (de 11 horas a 11,30 horas). Los docentes fueron Rosario Ana Paulo Fuertes, Manuela Gómez Silvestre y Marcelino Cucalón Lafuente.
24 octubre: se impartió el taller en la escuela de Villarluengo, a un grupo de educación primaria(de 10 horas a 11 horas) y a un grupo de educación infantil (de 11 horas a 11,30 horas). Los docentes fueron Juan Manuel Valle Lobatón y Jose Manuel Edo Mallén.
24 octubre: se impartió el taller en la escuela de Villarluengo, a un grupo de educación primaria(de 10 horas a 11 horas) y a un grupo de educación infantil (de 11 horas a 11,30 horas). Los docentes fueron Juan Manuel Valle Lobatón y Jose Manuel Edo Mallén.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Niños participantes /Total de niños del CRA: El total de niños matriculados en la escuela CRA del Alto Maestrazgo son 143 alumnos. Los alumnos que asistieron a los talleres fueron 138 alumnos. 138 alumnos que participaron en el taller/143 alumnos= 96,50% fue la asistencia a los talleres.

- Niños por escuela participantes/total de niños de cada escuela.

FORTANETE:

Total: 21 alumnos asistieron/21 alumnos=100%
Educación infantil: 7 alumnos asistieron/7 alumnos=100%
Educación primaria= 14 alumnos asistieron/14 alumnos=100%
CANTAVIEJA
TOTAL: 84 alumnos participantes/86 alumnos=97%
1 Educación Infantil: 10 alumnos participantes/12 alumnos= 83,33%
2 Educación Infantil: 8 alumnos participantes/8 alumnos= 100%
3 Educación Infantil: 10 alumnos participantes/10 alumnos= 100%
1 Educación Primaria: 7 alumnos participantes/7 alumnos=100%
2 Educación Primaria: 12 alumnos participantes/12 alumnos=100%
3 Educación Primaria: 10 alumnos participantes/10 alumnos=100%
4 Educación Primaria: 10 alumnos participantes/10 alumnos=100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1523

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

5 Educación Primaria: 10 alumnos participantes/10 alumnos=100%
6 Educación Primaria: 7 alumnos participantes/7 alumnos=100%

LA IGLESUELA DEL CID

Total: 20 alumnos asistieron/21 alumnos=95,23%

Educación infantil: 7 alumnos asistieron/8 alumnos=87,5%

Educación primaria= 12 alumnos asistieron/12 alumnos=100%

VILLARLUENGO

Total: 8 alumnos asistieron/11 alumnos=72,72%

Educación infantil: 5 alumnos asistieron/6 alumnos=83,33%

Educación primaria= 3 alumnos asistieron/5 alumnos=60%

PITARQUE

Total: 5 alumnos asistieron/5 alumnos=95,23%

Educación infantil: 2 alumnos asistieron/2 alumnos=87,5%

Educación primaria= 3 alumnos asistieron/3 alumnos=100%

- Profesores asistentes. Los profesores que dan clases en el CRA Alto Maestrazgo son 20 profesores y los profesores que acudieron a los talleres acompañando a sus alumnos fueron 12, por lo tanto la asistencia fue de un 60%.

- Pre-test y post-test adecuado para los niños y valorar conocimientos adquiridos. La nota media del pre-test fue de 5,78 puntos y la nota media de la encuesta post-taller de 8,57 puntos.

- Resultados de la encuesta de satisfacción niños. La encuesta de satisfacción estaba comprendida por varios ítems que son los siguientes:

¿Has considerado útil el taller de Primeros Auxilios?: el 100% de los alumnos contestaron que habían considerado útil el taller.

¿Te ha gustado el contenido del taller?: el 99,27% de los alumnos contestaron que les había gustado el taller, sólo un alumno contestó que no le había gustado el taller.

¿Lo volverías a realizar?: el 98,55% de los alumnos contestaron que volverían a realizar el taller, sólo dos alumnos contestaron que no lo volverían a realizar.

¿Has aprendido cosas nuevas?: el 98,55% de los alumnos contestaron que volverían a realizar el taller, un alumno contestó que no lo volvería a realizar y otro alumno no contestó a este ítem.

- Señala como valorarías el curso del 0 al 10 (siendo 0 mala valoración y 10 una excelente valoración): la puntuación media que dieron los alumnos al taller fue de 9,16 puntos.

-Resultados de la encuesta de satisfacción profesores. Los profesores que asistieron a los talleres fueron 12 profesores, en el centro se encuentran dando docencia 20 profesores.

La encuesta de satisfacción a los profesores estaba comprendida por varios ítems que son los siguientes:

¿Has considerado útil el taller de Primeros Auxilios impartido a los alumnos?: el 100% de los profesores consideraron útil el taller impartido.

¿Te ha gustado el contenido del taller?: el 100% de los profesores contestaron que les había gustado el taller.

¿Consideras el contenido del taller adaptado a las edades de los alumnos?: el 100% de los profesores consideraron que el taller estaba adaptado a la edad de los alumnos.

¿Consideras que los alumnos han participado en el taller?: el 100% de los profesores consideraron que los alumnos sí que habían participado en el taller.

¿Crees que han aprendido cosas nuevas los alumnos?: el 100% de los profesores contestaron que sí creían que los alumnos habían aprendido cosas nuevas.

¿Te gustaría que lo volviésemos a impartir a tus alumnos?: el 100% de los profesores contestaron que sí que les gustaría que les volviésemos a impartir a sus alumnos el taller.

¿Te gustaría que impartiésemos algún curso a los profesores?: el 100% de los alumnos contestaron que les gustaría que les impartiésemos algún curso a ellos.

Si es que sí, ¿puedes decirnos que temas te interesarían?: respecto a los temas el 75% de los profesores contestaron que temas les gustaría que les impartiésemos; respecto a los que contestaron sobre qué temas les interesarían el 100% contestó un taller sobre Primeros Auxilios; otros temas fueron cura de heridas (8,3%), Reanimación

Cardiopulmonar (8,3%), atragantamiento (8,3%).

Señala como valorarías el curso del 0 al 10 (siendo 0 mala valoración y 10 una excelente valoración): La puntuación media del taller fue de 9 puntos.

El décimo ítem era una pregunta abierta por si querían escribir algún comentario o sugerencia, y aquí expusieron que les había gustado mucho el taller, y que se había conjugado muy bien la parte teórica con la parte práctica.

Señala como valorarías el curso del 0 al 10 (siendo 0 mala valoración y 10 una excelente valoración):

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1523

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras terminar el proyecto se ha confirmado que los resultados han sido muy favorables, la asistencia de los alumnos a los talleres fue de un 96,50%, y los alumnos que no asistieron a los talleres fue porque ese día no habían acudido al colegio por encontrarse enfermos.
Se ha confirmado con los test que se realizaron antes del taller y después del taller que los alumnos han aprendido cosas nuevas, ya que la puntuación del test ha sido más alta que la del inicio, como se puede ver en los resultados, siendo la nota media del test inicial de 5,78 puntos y la nota media del test después del taller de 8,57 puntos. En la encuesta de satisfacción de los alumnos también se puede comprobar que les ha gustado el taller, considerando que ha sido útil y que han aprendido cosas nuevas, y dando una puntuación media al taller de 9,16 puntos.
Respecto a los profesores, la asistencia media fue de un 60%, y la valoración por su parte del taller ha sido muy satisfactoria, como se puede comprobar en los resultados, dando una puntuación media al taller de 9 puntos, y también solicitando la impartición de talleres a ellos.
Respecto a los profesionales del centro de salud, ha sido una actividad muy satisfactoria que ha logrado la implicación de muchos de ellos, superior a un 60%, incluso alguno que no estaba incluido al principio en este proyecto de comunidad al principio ha querido participar.
Por todas estas razones creemos que los resultados han sido muy satisfactorios, que ha logrado implicar a más de la mitad de los profesionales del centro sanitario, y a casi el 100% de los alumnos. Por estas razones en un futuro, es posible que este tipo de actividades se amplíen al resto de centros educativos (instituto), profesores y resto de comunidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1523 ===== ***

Nº de registro: 1523

Título
TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

Autores:
SANJUAN DOMINGO RAQUEL, COBOS COBOS JOSE MARCELO, EDO MALLEN JOSE MANUEL, VALLE LOBATON JUAN MANUEL, PAULO FUERTES ROSARIO ANA, MARCO LOSTAL CARMEN, ALEGRE HUALDE JOSE LUIS, GOMEZ SILVESTRE MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Un espacio idóneo para iniciar en el adiestramiento sobre primeros auxilios, es sin duda en la escuela. Los alumnos de infantil y de primaria, son grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad, por lo que es de gran importancia, que sepan actuar ante ellos, hasta que sea posible la asistencia médica.
Debido a que los niños pequeños pueden tener dificultades para realizar alguna de las habilidades prácticas, nuestro objetivo es implementar una formación por niveles, empezando por cuestiones básicas en la etapa de educación infantil para ir introduciendo conocimientos de acuerdo a la edad.

RESULTADOS ESPERADOS
- Implicar a los profesionales sanitarios del centro para la impartición de los cursos de primeros auxilios en las escuelas de nuestra zona básica de salud.
- Explicar el uso correcto del número 112 y de los servicios de emergencias
- Mejorar la actitud ante una situación de emergencia vital de los alumnos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1523

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

- Si el resultado es satisfactorio, ampliar actividades al resto centros educativos (instituto) y comunidad.
- Adaptar el contenido de las charlas a la edad de los niños

MÉTODO

Las escuelas de nuestra zona básica de salud están agrupadas en el C.R.A (Colegio Rural Agrupado) del Alto Maestrazgo. Un colegio rural agrupado es un centro educativo formado por un grupo de escuelas rurales que comparten un mismo entorno físico y socio-cultural. La sede se encuentra en Cantavieja, y se ofrece escolarización además en las localidades de Fortanete, La Iglesuela del Cid, Villarluengo y Pitarque.

Lo primero que realizaremos será designar unos responsables de este proyecto. Estos responsables se pondrán en contacto con la directora del CRA Alto Maestrazgo dándole a conocer nuestro proyecto, para que después ella se lo traslade al resto de profesores. Así mismo se acordará también los días que se impartirán los talleres en los distintos centros y que profesionales acudirán.

Se prepara un temario de acuerdo a la edad escolar de los alumnos y se adaptará el método educativo a la edad de los escolares y a su ciclo formativo. En general, las charlas a educación infantil no sobrepasarán los 30 minutos, y las del resto durarán una hora aproximadamente.

Se utilizarán diapositivas muy vistosas y se intercalarán videos sobre los servicios de emergencias y RCP para fijar la atención de los alumnos. Se intentará adecuar el lenguaje a cada edad e intentar que los niños participen.

A los niños pequeños se les enseñará la reanimación sobre un muñeco o peluche de unos 40 cm para que puedan practicar las maniobras de reanimación cardiopulmonar sobre él. Los alumnos más mayores deberán practicar sobre maniqués de entrenamiento.

Los elementos fundamentales que deben constituir los contenidos de la formación son el reconocimiento de la parada cardiaca, la comprobación de la seguridad en escena, la obtención de ayuda mediante la llamada telefónica al 112, la administración de una compresiones torácicas de calidad y la preparación emocional para reaccionar ante una emergencia.

El contenido por los grupos de edad serán los siguientes:

Grupo 1 (3-6 años).

- Emergencia. Concepto.
- El número del teléfono 112.
- ¿Qué es el 112?
- ¿Para que sirve?
- ¿Qué me van a a preguntar? ¿ Que tengo que decir?
- ¿Desde que teléfono puedo llamar?
- ¿Qué es una RCP?
- Practica de RCP solo con las manos

Grupo 2 (7-10 años)

- Además de los anterior primeros auxilios en caso de epistaxis, atragantamiento, heridas, quemaduras, síncope.

Grupo 3 (11-12 años):

- La diferencia del grupo anterior es que la RCP se enseñará completa.

Se realizará un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología

INDICADORES

Niños participantes /Total de niños del CRA

Niños por escuela participantes/total de niños de cada escuela.

Profesores asistentes.

Pre-test y post-test adecuado para los niños y valorar conocimientos adquiridos.

Resultados de la encuesta de satisfacción niños. Constará de 10 preguntas con cuatro respuestas a elegir entre nada, poco, bastante o mucho.

Resultados de la encuesta de satisfacción profesores. La encuesta de profesores tendrá similares características, dejando alguna pregunta abierta para sugerencias, comentarios.

DURACIÓN

En el mes de Junio se decidirán los responsables que durante el mes de septiembre se pondrán en contacto con la directora del CRA Alto Maestrazgo.

En los meses de Julio y Agosto se preparará el taller.

En octubre y noviembre se desarrollarán los talleres.

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 - 2016/1523

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1438

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE BELEN MORENO COLAS
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS CASPE
· Localidad CASPE
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALVADOR FRAN MARTA
FERRER LOREN JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sesión informativa al equipo sobre la mejora del registro en OMI de los diagnósticos.
Reajuste de las agendas de medicina de familia, pediatría y enfermería para incluir en ella huecos para la demanda no presencial.
Puesta en marcha de la demanda presencial para aquellas consultas en las que pueda ser válida y adecuada esta visita.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dar forma a la consulta no presencial en la agenda que antes se hacía pero sin que constara su presencia de la misma, consiguiendo que entre un 8-10% de las visitas sean no presenciales. Queda por demostrar que esa consulta no presencial vaya acompañada de una disminución de la consulta de demanda y mejora de los indicadores de eficiencia de las visitas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El formato de consulta no presencial puede tener gran validez en la agenda diaria de atención primaria si va acompañado de una disminución de las consultas presenciales y a su vez en la mejora de la eficiencia de las visitas, aspecto que está aún por confirmarse.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1438 ===== ***

Nº de registro: 1438

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Autores:
MORENO COLAS BELEN, SALVADOR FRAN MARTA, FERRER LOREN JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la revisión de los outputs del centro de salud de Caspe hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1438

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Caspe

MÉTODO

- Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
- Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
- Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
- Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
- Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN

- Mayo-Junio: sesiones clínicas
- Mayo: adaptación de agendas
- Revisión periódica de indicadores
- Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0079

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO BASICO DE ATENCION A LAS INTOXICACIONES AGUDAS EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO Y LA CREACION DE UN MALETIN DE URGENCIAS PARA TAL FIN

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE MILAGROS CEBRIAN FRANCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASPE
· Localidad CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALONGE VERGARA MARIA ISABEL
RELANCIO PASCUAL PATRICIA
COSTA MONTAÑES ROSA MARIA
FRANCIN POBLADOR ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Revisión de la bibliografía existente por el equipo de mejora.

Definir el contenido del maletín para intoxicaciones agudas en Atención Primaria.

Se pone en conocimiento del equipo de Atención Primaria, la existencia, contenido del maletín y su mantenimiento; que sigue el esquema básico del procedimiento de carros y maletines de la norma ISO 9001.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se dispone de un maletín para el manejo de las intoxicaciones agudas, con el teléfono Nacional de toxicología y el de la Unidad de toxicología del Hospital Clínico de Zaragoza.

Se deja una copia de los protocolos consultados en el box de urgencias:

1. Manejo general de las intoxicaciones agudas. Protocolo clínico de la Ribera. Realizado en 2014 y revisado en 2016.
2. Protocolo de actuación ante intoxicaciones agudas de la Agencia Valenciana de Salud. Año 2008.
3. Pautas de actuación en urgencias en el centro de salud rural. Organización Médica Colegial.
4. Se informa de la documentación existente para consulta en la Página Web www.murciasalud.es/toxiconet.
5. Se comenta la aplicación APP antídotos para una consulta rápida desde el móvil. Está avalada por la SESCAM y H. General Universitario de Ciudad Real.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El manejo de la intoxicación aguda implica una actuación tiempo dependiente. Cuanto más precoz sea nuestra intervención mejor pronóstico.

Esta es una acción preventiva para evitar modos de fallo futuros en nuestro centro. El disponer de un maletín de atención a las intoxicaciones agudas mejora de forma eficiente nuestra atención tanto en el C. Salud como en el domicilio, ya que se agiliza la intervención porque no se debe preparar nada en el momento de la urgencia, y se evitan olvidos de material.

7. OBSERVACIONES.

No se ha hecho un protocolo concreto, se ha realizado consulta de varios protocolos ya existentes y se han puesto en conocimiento del personal del centro.

Se han programado en el plan de formación del primer trimestre de 2018 sesiones sobre las intoxicaciones más frecuentes.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/79 ===== ***

Nº de registro: 0079

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO BASICO DE ATENCION A LAS INTOXICACIONES AGUDAS EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO Y LA CREACION DE UN MALETIN DE URGENCIAS PARA TAL FIN

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0079

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO BASICO DE ATENCION A LAS INTOXICACIONES AGUDAS EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO Y LA CREACION DE UN MALETIN DE URGENCIAS PARA TAL FIN

CEBRIAN FRANCO MILAGROS, CALONGE VERGARA MARIA ISABEL, RELANCIO PASCUAL PATRICIA, COSTA MONTAÑES ROSA MARIA, FRANCIN POBLADOR ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
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

Surge la necesidad de elaboración tras la atención sanitaria de numerosos casos de intentos autolíticos e intoxicaciones agudas en el área del C.S. Caspe.
El centro de salud de Caspe-Chiprana está en el sistema de calidad ISO 9001, con certificación en 2011, recertificación en 2014 y auditorias internas anuales.
En la actualidad no se dispone de ningún maletín específico para el tratamiento agudo de este tipo de patologías, lo que implica demora y posibles olvidos a la hora de preparar el material necesario para asistir estas urgencias, sobre todo si la asistencia se realiza en domicilio.
El manejo de la intoxicación aguda implica una actuación tiempo dependiente, pues el objetivo principal es impedir la acción del tóxico sobre el organismo y evitar más daños de los presentados por el paciente. Cuanto más precoz sea nuestra intervención mejor pronóstico.
Si disponemos de un protocolo básico y maletín de atención a las intoxicaciones agudas mejoraremos de forma eficiente nuestra atención tanto en el C. Salud como en el domicilio.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaboración de un protocolo básico de atención a las intoxicaciones agudas en el medio extrahospitalario.
Disponer de un maletín para intoxicaciones agudas para uso común de todo el equipo de atención primaria.
Asegurar la disponibilidad permanente de todos los contenidos del maletín.
Disminuir el tiempo de atención en este tipo de intervenciones y evitar olvidos de material.
Facilitar el protocolo para su posible incorporación a los procedimientos del Sistema de Calidad ISO de equipos de Atención Primaria del sector de Alcañiz.

MÉTODO

Revisión de la bibliografía existente por el equipo de mejora.
Definir el contenido del maletín para intoxicaciones agudas en Atención Primaria.
Sesión para poner en conocimiento del equipo de atención primaria el protocolo, la existencia y contenido del maletín y su mantenimiento.

INDICADORES

Disponer de un maletín para el manejo de intoxicaciones agudas.
Registro de incidencias sobre atenciones en casos de intoxicación aguda por parte del equipo.

DURACIÓN

1. Revisión bibliográfica: enero 2017
2. Reuniones de trabajo: febrero 2017
4. Puesta en marcha del procedimiento y sus indicadores de evaluación: marzo 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0184

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE MIGUEL GUIU CAMPOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASPE
· Localidad CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABADIA BUISAN CAROLINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018 se ha realizado un MAPA a 15 pacientes del mi cupo. Es un cupo con una media de 1760 pacientes de los cuales 354 están incluidos en el programa de crónicos de hipertensión arterial, es decir se ha realizado el MAPA a un 4,2% de los paciente hipertensos del cupo
Para realizar el proyecto he usado un MAPA que tengo en consulta, realizando el MAPA a aquellos pacientes que tenia duda sobre mi eran hipertensos en el diagnóstico inicial del proceso bien mediante despistaje en consultas de enfermería o tras la realización de un AMPA en domicilio cuyas cifras no eran concluyentes. También se ha realizado MAPA en pacientes con diagnóstico de HTA y tratameinto de la misma, en los cuales los controles de TA en la consulta de enfermería o mediante AMPA eran dudosos
Los pacientes eran citados a las 8:00 de la mañana el día de la colocación del MAPA reservadon 15 minutos para colocar y explicar el proceso y al día siguiente a las 8:00 de la mañana se retiraba y leia el MAPA reservando en este caso 25 minutos para poder retirar, descargar los datos, explicar los resultados al paciente y realizando las modificaciones terapéuticas oportunas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los MAPAS realizandos a los pacientes se observó que un 20% no eran hipertensos, un 20% eran hipertensos con patrón dipper, un 15 % eran hipertensos con patrón non dipper, 10 % eran hipertensos con patrón risser. y un 65 % tenian cifras de tensión arterial dentro de valores normales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL uso del MAPA en atención primaria es una herramienta necesaria tanto en el diagnóstico como en el control de los pacientes hipertensos y que además evita derivaciones innecarias al servicio de nefrología para realizarlas. Incluso hay guías como la NICE en las que aconsejan la realización de un MAPA a todos los pacientes antes de diagnosticarlos de HRA

7. OBSERVACIONES.

Como todo prueba requiere tiempo para poder hacerse en las consultas de AP, por lo que se debería intentar disminuir la masificación de los cupos para poder disponer de espacio en las agendas

*** ===== Resumen del proyecto 2016/184 ===== ***

Nº de registro: 0184

Título
UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
GUIU CAMPOS MIGUEL, ABADIA BUISAN CAROLINA, VALLEJO GERMOSEN LORENZA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En un cupo de 1600 pacientes hay 300 pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, haciendo el diagnóstico y seguimiento del mismo con los controles rutinarios de TA que se realizan en la consulta siendo en la mayoría de los casos el resultado satisfactorio. Hay diagnósticos de HTA enmascarada, HTA de bata

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0184

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

blanca, HTA descontrolada que puede ser mal diagnosticados al obtener sólo de la TA en la consulta.
El MAPA (monitoreo ambulatoria de la presión arterial) también llamado holter de tensión arterial es un método técnico no invasivo que pretende obtener una medición de la presión arterial durante un periodo de tiempo determinado, generalmente 24 horas, de forma ambulatoria (fuera de la consulta u hospital), de tal forma que los datos de tensión arterial recogidos puedan ser posteriormente analizados por su médico y ayudar a diagnosticar correctamente a los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Diagnosticar con más seguridad de hipertensos a aquellos pacientes con dudas sobre su diagnostico. Obtener un control óptimo de la tensión arterial al obtener una monitorización de 24h de la tensión arterial.

MÉTODO

Realizar un MAPA en los pacientes en que el cribado de HTA en la consulta ofrezca dudas, en los que las cifras de AMPA sean discordantes con los controles en consulta y en aquellos pacientes en tratamiento que no se consigue un control óptimo de sus cifras tensionales (guía nice HTA 2011, guía Europea de HTA 2013).

Tanto el médico como la DUE de la consulta seleccionaran a los pacientes que sean susceptibles de realizarles un MAPA y serán citados para realizarlo.

INDICADORES

% de pacientes evaluados con diagnóstico de HTA de bata blanca
% de pacientes con patrón no dipper

DURACIÓN

Se iniciaría a mediados de octubre de 2016 hasta mayo de 2017, puesto que el inicio del calor puede ser molesto para el paciente de cara a llevar el manguito de tensión colocado.
Se programaría un MAPA a la semana ajustándolo en el horario de consultas programadas.

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 - 2016/0184

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 03/02/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL GUIU CAMPOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASPE
· Localidad CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABADIA BUISAN CAROLINA
VALLEJO GERMOSEN LORENZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de un MAPA a aquellos pacientes que creaban dudas respecto al diagnóstico de HTA según las cifras registradas en la consulta.
Realización de MAPA en aquellos pacientes en tt antihipertensivo y con mal control del mismo según las cifras de consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la realización de MAPA a 36 pacientes se consulta, se pudo comprobar el elevado porcentaje de HTA de bata blanca, diagnosticar pacientes que presentaban un patrón no dipper y pacientes con HTA no controlada para poder modificar el tratamiento antihipertensivo y ajustar sus cifras.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El uso del MAPA es una herramienta muy útil en el diagnóstico y manejo de HTA en AP, debiendo potenciar su uso por parte de las direcciones médicas respectivas y no dejando su uso casi exclusivamente para la atención especializada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/184 ===== ***

Nº de registro: 0184

Título
UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
GUIU CAMPOS MIGUEL, ABADIA BUISAN CAROLINA, VALLEJO GERMOSEN LORENZA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos ..:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En un cupo de 1600 pacientes hay 300 pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, haciendo el diagnóstico y seguimiento del mismo con los controles rutinarios de TA que se realizan en la consulta siendo en la mayoría de los casos el resultado satisfactorio. Hay diagnósticos de HTA enmascarada, HTA de bata blanca, HTA descontrolada que puede ser mal diagnosticados al obtener sólo de la TA en la consulta.
El MAPA (monitoreo ambulatoria de la presión arterial) también llamado holter de tensión arterial es un método técnico no invasivo que pretende obtener una medición de la presión arterial durante un periodo de tiempo determinado, generalmente 24 horas, de forma ambulatoria (fuera de la consulta u hospital), de tal forma que los datos de tensión arterial recogidos puedan ser posteriormente analizados por su médico y ayudar a diagnosticar correctamente a los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0184

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS

Diagnosticar con más seguridad de hipertensos a aquellos pacientes con dudas sobre su diagnostico. Obtener un control óptimo de la tensión arterial al obtener una monitorización de 24h de la tensión arterial.

MÉTODO

Realizar un MAPA en los pacientes en que el cribado de HTA en la consulta ofrezca dudas, en los que las cifras de AMPA sean discordantes con los controles en consulta y en aquellos pacientes en tratamiento que no se consigue un control óptimo de sus cifras tensionales (guía nice HTA 2011, guía Europea de HTA 2013).

Tanto el médico como la DUE de la consulta seleccionaran a los pacientes que sean susceptibles de realizarles un MAPA y serán citados para realizarlo.

INDICADORES

% de pacientes evaluados con diagnóstico de HTA de bata blanca
% de pacientes con patrón no dipper

DURACIÓN

Se iniciaría a mediados de octubre de 2016 hasta mayo de 2017, puesto que el inicio del calor puede ser molesto para el paciente de cara a llevar el manguito de tensión colocado.
Se programaría un MAPA a la semana ajustándolo en el horario de consultas programadas.

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 - 2016/1135

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

Fecha de entrada: 03/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL CALONGE VERGARA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASPE
· Localidad CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUIU CAMPOS MIGUEL
PIÑOL FORCADELL PILAR
GIL GARCIA MONTSERRAT
MORENO BERRUEZO SUSANA
CEBRIAN FRANCO MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Sesiones formativas por parte de la unidad de tabaquismo del servicio de neurología del hospital de Alcañiz.
Detección del consumo de tabaco por parte de los profesionales de AC aprovechando la visita del paciente joven a la AC así como la realización de una intervención breve a los pacientes fumadores.
Aumento de las intervenciones sobre el tabaco en las consultas de demanda

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aumento del 3,3% en las intervenciones realizadas sobre los pacientes fumadores.
La detección de pacientes fumadores no ha experimentado el incremento esperado tras los objetivos planteados y la implicación del personal de atención continuada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es un proyecto que no ha dado los frutos esperados y hay que seguir insistiendo tanto en la detección de fumadores como en la intervención sobre ellos de cara a subir ambos índices que todavía son inferiores a lo esperado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1135 ===== ***

Nº de registro: 1135

Título
IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

Autores:
GUIU CAMPOS MIGUEL, VALLEJO GERMOSEN LORENZA, CALONGE VERGARA MARIA ISABEL, PIÑOL FORCADELL PILAR, GIL GARCIA MONTSERRAT, MORENO BERRUEZO SUSANA, CEBRIAN FRANCO MILAGROS, RELANCIO PASCUAL PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Reiteradamente nuestro centro de salud suele obtener resultados por debajo de los estándares del SALUD en los indicadores relacionados con el tabaquismo:

- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco
- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco.

Creemos que la causa es falta de sensibilización del personal y falta de confianza en el consejo antitabaco. Además está el hecho de que la población fumadora suele ser joven y varones que hacen más uso de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1135

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

servicios de atención continuada que de la consulta ordinaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Incrementar la cobertura de atención al tabaquismo
- Incrementar la implementación del consejo antitabaco
- Reducir la prevalencia de tabaquismo

MÉTODO

- Elaboración de un procedimiento de intervención en tabaquismo
- Sesiones formativas
 - Implicación de los profesionales de atención continuada en la detección e intervención breve.

INDICADORES

- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco
- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco

DURACIÓN

- Marzo-Abril: Elaboración del procedimiento
Mayo: Difusión del procedimiento
Junio-Diciembre: Monitorización de indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1344

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 03/02/2018

2. RESPONSABLE ROSA MARIA COSTA MONTAÑES
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASPE
· Localidad CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ MUNIESA ROSARIO
RELANCIO PASCUAL PATRICIA
VALLEJO GERMOSEN LORENZA
MORALES EMPERADOR JESUS
ANDREU ARASCO LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

· Gestión de indicadores: El coordinador del centro ha mostrado cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos.

- Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar. Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.

- Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo. El año pasado se alcanzó el estándar.

Tras las revisiones cuatrimestrales se han desarrollado las siguientes acciones de mejora:

Planes de cuidados en EPOC. Actividades de rehabilitación respiratoria

Sesión sobre el plan de conocimientos deficientes en diabetes.

Sesión sobre índice tobillo brazo

Sesión sobre tabaquismo

2. Actividades relacionadas con los procedimientos ISO. Se referencian en el apartado de resultados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores del contrato de gestión y los indicadores de diabetes muestran una estabilización respecto al año anterior.

En cuanto a indicadores del sector en espirometrías realizadas a fumadores entre 40 y 80 años en los últimos 5 años hemos mejorado un 5% en 2017 alcanzando el 21%, por encima del estándar mínimo solicitado por el sector, en cuanto a realización de ITB en pacientes diabéticos entre 50 y 80 años hemos alcanzado el objetivo del sector con un 32%, lo mismo que en el % de mujeres entre 29 y 65 años que consta el registro de citología vaginal en los últimos 5 años donde se ha sobrepasado ampliamente el objetivo del sector alcanzando en su primer año un 53%.

En indicadores de farmacia, los objetivos de prescripción de antibióticos en pediatría se ha mejorado el indicador de faringoamigdalitis estreptocócica en un 18% (79,19%) mientras que en el caso de otitis media se ha mejorado un 6% (89,52) mejorando en todos los indicadores.

No se dispone de los indicadores de eficiencia ajustados por ACGs.

En cuanto a los procedimientos básicos de ISO se han revisado en auditoria interna y se ha hecho la revisión por la dirección.

- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. No se han detectado problemas en 2017

- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave. Sin incidentes relevantes en 2017.

- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos. Se ha creado un maletín específico para intoxicaciones en 2017.

- Gestión de incidencias: las más repetidas han sido averías repetidas del ascensor (ya solucionadas) y una avería en OMI-AP durante una guardia en la que se produjo la atención a un paciente que no recordaba a qué fármaco era alérgico, lo que pudo tener consecuencias.

- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas. Se ha llevado a cabo el plan de formación establecido.

- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1344

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura. Se ha desarrollado sin problemas
9. Revisión por la dirección: se ha realizado con fecha del 04/07/2017. Incluye la evaluación de la encuesta de satisfacción con buenos resultados en un centro que tradicionalmente había tenido muy malos resultados en satisfacción.
10. Auditoria interna: 07/07/17. Se destaca el tratamiento de las reclamaciones y el buen control de los materiales en el centro, así como el registro informatizado de las incidencias. Sus hallazgos han dado lugar a los siguientes proyectos de mejora:
- Se evidenció que la recogida de residuos se realizaba cada 3 meses, lo que en un centro grande produce acumulación. Se solicitó a dirección aumentar la frecuencia
- Se evidenció que algunos links del manual de acogida estaban obsoletos: renovación del manual de acogida
11. Seguridad. El centro participa en el registro SINASP. Se ha realizado sesión clínica sobre interpretación de Rx de tórax, dado que siguen sin informarse desde el servicio de radiología. También se han realizado 3 sesiones formativas reanimación cardiopulmonar básica y avanzada además de una sesión sobre intoxicaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque han cambiado un número significativo de profesionales en el centro, la sistemática ISO sigue implantada sin problemas, habiendo incrementado la seguridad clínica de la atención prestada. Sin embargo, parece haberse resentido la gestión por objetivos, es necesario retomar el liderazgo de la etapa anterior.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1344 ===== ***

Nº de registro: 1344

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
GUIU CAMPOS MIGUEL, COSTA MONTAÑES ROSA MARIA, RUIZ MUNIESA ROSARIO, RELANCIO PASCUAL PATRICIA, VALLEJO GERMOSEN LORENZA, MORALES EMPERADOR JESUS, ANDREU ARASCO LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODOS LOS PACIENTES
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El CS Caspe está certificado desde el año 2011 con norma ISO 9001:2008. En el proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. El reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente sobre ellos. Y este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

RESULTADOS ESPERADOS
Detectar e intervenir precozmente sobre los problemas o riesgos detectados en nuestros CS, documentando nuestras actividades de forma regular.

Renovar la certificación ISO 9001 en el año 2017

MÉTODO
* Gestión de indicadores médicos: El coordinador del CS mostrará cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Registro en acta de cada reunión. Derivados del análisis del año pasado, tenemos ahora las siguientes acciones de mejora pendientes:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1344

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

- o Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios. Revisión del registro de los indicadores que permanecen
- o Indicadores programa de diabetes
- o Indicadores de Tabaquismo: Sesión sobre el procedimiento de atención al tabaquismo en el sector Alcañiz. Inclusión en la evaluación individual de MAC y EAC de los indicadores de tabaquismo,
- o Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar (los 5 últimos). Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.
- o Eficiencia en derivaciones: Implantación de la interconsulta virtual. Revisión de los motivos de derivación más frecuentes a las especialidades más demandadas. Implantación de la realización de citologías/VPH en la consulta de matrona del CS
- o Incremento del peso medio en ACGs del CS mejorando el registro de los diagnósticos en OMI.
- * Gestión de indicadores en enfermería: La coordinadora de enfermería del CS mostrará cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Registro en acta de cada reunión. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes:
 - o Tabaquismo: Sesión sobre el procedimiento de atención al tabaquismo en el sector de Alcañiz con Marta Alquezar que explicará el procedimiento de atención al tabaquismo del sector. Inclusión en la evaluación individual de MAC y EAC de los indicadores de tabaquismo,
 - o Planes personales de enfermería: EPOC y registro en diabetes. Revisión del registro de los planes personales de enfermería
 - o Doppler, espirometría: seguimiento de la implantación de las mencionadas pruebas funcionales
 - o Indicadores nuevos y cuadro de mando en diabetes
 - Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes
 - Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.
 - Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.
 - Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente
 - Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas
 - Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del CS, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones
 - Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura
 - Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.
 - Una vez al año somos auditados por un auditor del SALUD, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan
 - Cuando procede somos auditados externamente

INDICADORES

Mantenimiento de la certificación ISO

Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1344

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

DURACIÓN

- * Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.
- * Mayo: revisión por la dirección
- * Junio-Septiembre: auditoría interna
- * Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones

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 - 2016/0400

1. TÍTULO

MEJORA DEL MALETIN DE URGENCIAS EN LA UNIDAD MOVIL DEL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL RIOS LAZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER MAHAVE MARTA
CANTIN LOPEZ ELISENDA
SALVANES DURAN BERNARDO
LAZARO GRACIA MARIA PILAR
CALVO ALBAS MARIA ANGELES
GASQUE CALAHORRA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se formó grupo de trabajo para la búsqueda bibliografica.
Se acordó que material y medicaciones debian ir en el maletin.
Se produjo retraso en la compra del maletin lo que provocó un retraso en el proyecto.
Se realizaron hojas de excel para para las revisiones de caducidades, revisiones de material y numero de incidencias.
No dispusimos de nuevo maletin hasta octubre 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El maletin que se proporcionó erá muy pequeño por lo que se replanteó que material debia ir en dicho maletin y se priorizó sobre todo que estuviera le medicacion.
El maletin desapareció del centro en noviembre de 2017 por lo que no se han podido hacer las revisiones planificadas ni calcular los indicadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se va a solicitar un nuevo maletin más adecuado a la atención de urgencia en atencion primaria para poder relanzar el proyecto.
Sería recomendable que el personal de compras nos consultara que tipo de maletin precisamos para poder adecuarlo a la atención en nuestro centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/400 ===== ***

Nº de registro: 0400

Título
MEJORA DEL MALETIN DE URGENCIAS EN LA UNIDAD MOVIL DEL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Autores:
RIOS LAZARO MIGUEL, LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA, FERRER MAHAVE MARTA, CANTIN LOPEZ ELISENDA, SALVANES DURAN BERNARDO, LAZARO GRACIA MARIA PILAR, CALVO ALBAS MARIA ANGELES, GASQUE CALAHORRA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

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

Enfoque: Aproximación al modelo EFQM
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El maletín de urgencias del centro de salud es utilizado por el personal que realiza atención continuada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0400

1. TÍTULO

MEJORA DEL MALETIN DE URGENCIAS EN LA UNIDAD MOVIL DEL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

cuando se desplaza fuera del centro. Hemos detectado en ocasiones ausencia de medicaciones u otros material necesarios, al no haber sido repuesto. Esta falta de material en una urgencia puede provocar una atención no optima. Actualmente no esta organizada la revisión del maletín por lo que el equipo de guardia desconoce cuando ha sido revisado por ultima vez.

La revisión de caducidades y del material del maletín es vital para una atención sanitaria urgente de calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera obtener una atención sanitaria al paciente fuera del centro de salud, optima y eficiente y que no provoque el traslado al centro de salud del paciente o el personal por falta de material que debería estar en el maletín.

MÉTODO

Formación de grupo de trabajo que acordará que material y medicaciones son necesarias en el maletín así como su cantidad tras búsqueda bibliográfica y puesta en común entre los componentes para adaptarlo a las características y necesidades del centro de salud.

Elaboración listado de material y medicación con definición de stocks.

Compra de maletines adecuados para la atención urgente.

Reposición de material utilizado tras cada aviso.

Revisión semanal del material y mensual de las caducidades por personal que realiza la atención continuada.

Registro de la revisión mediante fecha y firma del personal que la ha realizado.

Hoja de incidencias con fecha y causa de la incidencia

INDICADORES

% de semanas en las que se ha registrado la revisión de materiales del maletín.

% de meses en los que se ha registrado la revisión de caducidades del maletín

Numero de incidencias de falta de material o caducidad superada

DURACIÓN

Duración del proyecto 8 Meses.

Octubre 2016 con formación grupo de trabajo y puesta en común.

Noviembre 2016 compra de maletines y montaje de maletines.

Diciembre 2016 comienzo de utilización y registro de revisiones e incidencias.

Junio 2017 obtención de indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1453

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO PABLO MARTINEZ BARSELO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA
PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO
GONZALEZ ALGAS JULIO
ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR
RIOS LAZARO MIGUEL
ZUMETA FUSTERO TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron 2 reuniones en este periodo en las que se analizaron los datos disponibles de los indicadores de este año. Se incidió especialmente en los indicadores en que peores resultados obteníamos.
Se intentó implicar a los M.A.C. en la captación de pacientes fumadores y en la intervención sobre tabaquismo aprovechando la atención en urgencias de pacientes jóvenes que no suelen acudir a su médico de familia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han alcanzado unos resultados medianamente aceptables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tenemos que perseverar en la mejora de los indicadores, este proyecto de mejora debe continuar el próximo año. Deberíamos conocer los indicadores seleccionados a comienzos de año, creemos que los 6 primeros meses son los mejores pues en el verano, con la cobertura de las vacaciones y permisos de los compañeros vamos mucho más ajustados de tiempo para realizar consulta programada.
Es preciso implicar a los M.A.C. en la Intervención sobre Tabaco.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1453 ===== ***

Nº de registro: 1453

Título
GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Autores:
MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO, LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA, LAZARO GRACIA MARIA PILAR, RIOS LAZARO MIGUEL, ZUMETA FUSTERO MARIA TERESA, GONZALEZ ALGAS JULIO, PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO, ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología Crónica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de medicina del año 2016 han presentado un resultado aceptable si nos comparamos con el resto del sector, aunque ha habido espacio para la mejora, sobre todo en la intervención del tabaquismo e indicadores de farmacia. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar las coberturas de los indicadores de medicina y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1453

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

en el Centro de Salud de Híjar..

MÉTODO

- Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- Presentación de resultados del año anterior tanto del contrato de gestión como de diabetes, análisis de los que salen más bajos, identificación de posibles causas de por qué están más bajos y acciones de mejora, con especial atención a los indicadores de farmacia que han quedado por debajo de los estándares establecidos.
- Implicación de MAC y EAC en los indicadores de prescripción pediátrica
- Atención al tabaquismo: Difusión del programa de atención al tabaquismo del sector. Implicación de MAC y EAC en estas actividades incluyendo estos dos indicadores en la evaluación individual del contrato intracentro para estos dos colectivos.
- Evaluación cuatrimestral de indicadores médicos del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador. Identificación de indicadores que van por debajo del estándar, análisis de causas por las que van por debajo de lo esperado los indicadores con problemas y propuesta de acciones de mejora una vez identificadas esas causas. Las reuniones se registrarán en acta. Implicación de MAC en los indicadores de prescripción de pediatría incluyendo estos dos indicadores en la evaluación individual del contrato intracentro para este colectivo.

INDICADORES

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a medicina.

DURACIÓN

- Mayo: Elaboración de procedimiento de intervención sobre el tabaquismo en el sector de Alcañiz
- Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
- Junio: Sesiones clínicas sobre tabaquismo e indicadores de farmacia con resultados actualizados
- Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
- Enero 2018: Evaluación del proyecto

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 - 2016/1465

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA EN FARMACIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE SUSANA LARRIPA DE LA NATIVIDAD
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO
GONZALEZ ALGAS JULIO
LAZARO GRACIA MARIA PILAR
SANCHEZ GIMENO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Charla sobre cronicidad y el paciente polimedicado

Se han realizado sesiones informativas al EAP, y de actualización respecto a las moléculas de mayor uso en atención primaria, eficiencia de principios activos, estándares de calidad, gasto farmacéutico, y desviación actual del EAP.

Cuadro de mandos de farmacia, e interés de su uso por los profesionales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Análisis de alternativas terapéuticas más coste - efectivas

Compromiso de los profesionales en la mejora del registro diagnóstico en OMI -AP y de la prescripción según indicadores

Todavía no tenemos datos de resultados obtenidos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Importancia de la adecuación de los tratamientos, valorando siempre en pacientes con patologías crónicas polimedicados posibles interacciones, efectos adversos, incumplimiento...

Importancia de la mejora de los indicadores de eficiencia de farmacia ajustados por ACGs

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1465 ===== ***

Nº de registro: 1465

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA EN FARMACIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Autores:
LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA, MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO, ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR, RIOS LAZARO MIGUEL, GONZALEZ ALGAS JULIO, LAZARO GRACIA MARIA PILAR, SANCHEZ GIMENO JAVIER, ZUMETA FUSTER MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología Crónica prevalente
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Híjar hemos encontrado varios problemas:
Población envejecida con elevada carga de cronicidad a la vista de la pirámide con los GMAs. Nuestro peso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1465

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA EN FARMACIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

medio por ACGs es alto pero podría mejorarse el registro diagnóstico.

La eficiencia en farmacia ajustada por ACGs no cumple los estándares, desviándose de lo previsto alrededor de un 20%

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el indicador de eficiencia en farmacia ajustado por ACGs

Incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs.

MÉTODO

Creación de grupo de trabajo con responsable.

Se realizará sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto, en consonancia con las líneas estratégicas de SALUD, y de . Se analizarán alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo. Se realizará acta de la reunión con los acuerdos alcanzados.

Cada cuatro meses se monitorizará el gasto farmacéutico, analizando las moléculas de mayor gasto, y proponiendo alternativas de tratamiento con la misma sistemática

INDICADORES

Indicador de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia.

DURACIÓN

Mayo-Junio: sesión clínica-primera evaluación

Septiembre: segunda evaluación

Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1465

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INTERVENCION EN LOS INDICADORES DE URM DE MEDICINA DE FAMILIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ANTONIO PABLO MARTINEZ BARSELO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALEZ ALGAS JULIO
LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA
LAZARO GRACIA PILAR
PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO
RIOS LAZARO MIGUEL
ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR
ZUMETA FUSTERO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El día 30 de mayo, en reunión del Equipo de Atención Primaria se explica el proyecto y se solicitan colaboradores para su puesta en marcha. Todos los médicos del C. S. de Hajar aceptan su participación. Tras el verano, el día 24 de septiembre de 2018, coincidiendo con una charla sobre dislipemias que fué impartida por Miren Arántzazu Garcia Colinas que es la farmacéutica de A. P. del sector de Alcañiz, se ofrecen resultados provisionales de los objetivos del programa, en ese momento se cumple en todos los parámetros seleccionados pero se continua animando a los integrantes para que los resultados sean todavía mejores. El 3 de diciembre de 2018 y coincidiendo también con una sesión sobre tratamiento de las dislipemias y aprovechando que ya se han incorporado los médicos que sustituyen a algunos de los miembros del EAP que se han marchado a otros destinos por el proceso de movilidad voluntaria, se vuelven a explicar las características y objetivos del Plan de Mejora y se detallan los resultados hasta ese momento. Se solicita contar con la colaboración de los nuevos compañeros para que los resultados continuen mejorando.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Selección eficiente de estatinas se han alcanzado los objetivos de farmacia del Acuerdo de Gestión Clínica de 2018 y se han mejorado los resultados del año anterior.
Hipolipemiantes combinados en AP. Se han alcanzado los objetivos de farmacia del acuerdo de Gestión Clínica de 2018 y se han mejorado los resultados del año anterior.
Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años: Se consiguen los objetivos de farmacia del AGC de 2018 y se mejoran los resultados de 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En general se han conseguido los objetivos propuestos pero quizás si algunos de los participantes en el proyecto no hubiesen estado inmersos en un proceso de movilidad voluntaria los resultados podrían haber sido mejores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1465 ===== ***

Nº de registro: 1465

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA EN FARMACIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Autores:
LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA, MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO, ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR, RIOS LAZARO MIGUEL, GONZALEZ ALGAS JULIO, LAZARO GRACIA MARIA PILAR, SANCHEZ GIMENO JAVIER, ZUMETA FUSTERO MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología Crónica prevalente
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1465

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INTERVENCION EN LOS INDICADORES DE URM DE MEDICINA DE FAMILIA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Híjar hemos encontrado varios problemas: Población envejecida con elevada carga de cronicidad a la vista de la pirámide con los GMAs. Nuestro peso medio por ACGs es alto pero podría mejorarse el registro diagnóstico. La eficiencia en farmacia ajustada por ACGs no cumple los estándares, desviándose de lo previsto alrededor de un 20%

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el indicador de eficiencia en farmacia ajustado por ACGs
Incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs.

MÉTODO

Creación de grupo de trabajo con responsable.
Se realizará sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto, en consonancia con las líneas estratégicas de SALUD, y de . Se analizarán alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo. Se realizará acta de la reunión con los acuerdos alcanzados.
Cada cuatro meses se monitorizará el gasto farmacéutico, analizando las moléculas de mayor gasto, y proponiendo alternativas de tratamiento con la misma sistemática

INDICADORES

Indicador de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia.

DURACIÓN

Mayo-Junio: sesión clínica-primera evaluación
Septiembre: segunda evaluación
Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1345

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ANDRES PARDOS CAMACHO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MAELLA
· Localidad MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- * Un enfermero rotará durante una semana en un cupo de los de mejor resultado en el sector. Posteriormente acuará como formador del equipo de enfermería en el cs maella
- * Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- * Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
- * Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados y planes personales en los puntos clave de los indicadores del nuevo contrato (incluidos los que continúan del año anterior)
- * Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería
- * Atención al tabaquismo: Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
- * Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores.
- * Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se identificarán los indicadores que van por debajo del estándar, se analizarán las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se propondrán acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se registran en acta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores y resultados comparados entre 2016 y 2017 utilizando como fuente de información los datos expuestos en el cuadro de mandos:

A. ACUERDOS DE GESTIÓN:

Intervención tabaco: 2016:69,54% 2017:72,09% MEJORA 2,55%
Detección de tabaco: 2016:40,38% 2017:41,77% MEJORA 1,39%
EPOC síntomas: 2016:3,23% 2017:23,81% MEJORA 20,6%
EPOC vías aéreas: 2016:6,45% 2017:33,33% MEJORA 26,88%
RCV: 2016:57,86% 2017:60,18% MEJORA 2,32%
Diabetes pie de riesgo: 2017:40%
Polimedicado enfermería: 2016:10,96% 2017:29,15% MEJORA 18,19%
Valoración riesgo caídas: 2016:43,64% 2017:82,14% MEJORA 38,5%
Valoración NORTON: 2016:30,56% 2017:55,56% MEJORA 25%
Valoración ZARIT: 2016:0% 2017:29,17% MEJORA 29,17%

B. DIABETES:

Revisión HbA1c : 2016:42,78% 2017:48% MEJORA 5%
Retinografía: 2016:29,89% 2017:35,71% MEJORA 6%
Revisión microalbuminuria: 2016:65,95% 2017:69,09% MEJORA 3,14
Revisión GFR: 2016:46,51% 2017:64,59% MEJORA 18,39%
Revisión TA: 2016:54,30% 2017:45,95%
Revisión LDL: 2016:70,18% 2017:69,72%
Revisión pie diabético: 2016:15,05% 2017:41,62% MEJORA 26,57%
Hipoglucemia: 2016:27,56% 2017:40,80% MEJORA 13,24%
Diabetes conocimientos: 2016:9,92% 2017:37,12% MEJORA 27,2%

C. OBJETIVOS SECTOR

El indicador de pacientes entre 25 y 65 años con al menos una prueba de VPH/citología en los últimos 5 años se ha obtenido un resultado del 38% mejor que el estándar excelente previsto por la dirección del sector. En el indicador de pacientes diabéticos entre 50 y 80 años con ITB realizado en los últimos 3 años hemos alcanzado un 52,17% por lo que también estamos por encima del estándar excelente previsto por el sector en el primer año. En cambio en el indicador de espirometrías realizadas en pacientes fumadores entre 40 y 80 años no hemos alcanzado el estándar mínimo, lo que se debe a que la sesión de técnica de realización de la espirometría se realizó en noviembre por lo que la implantación de este indicador en el centro ha sido limitada. Es destacable la mejora en los indicadores de valoración y seguimiento del paciente dependiente y del cuidador. Igualmente, se han experimentado mejoras en el control de síntomas de EPOC así como en el apartado de limpieza de vías aéreas, con incrementos interanuales superiores al 20%.

En el seguimiento del paciente polimedicado por parte de enfermería, a pesar de haber conseguido incrementar el indicador en casi un 20%, todavía hay margen de mejora. En diabetes hemos mejorado el plan de cuidados de conocimientos en diabetes en un 27% respecto a 2016. En lo referente al seguimiento de complicaciones microvasculares los incrementos han sido modestos y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1345

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

manifiestamente mejorables, sobre todo, en el caso de las retinografías. En cuanto al seguimiento analítico los resultados son razonables en GFR y microalbuminuria, pero pueden mejorar en Hb1Ac. En seguimiento de pie diabético la evolución ha sido positiva con respecto a 2016 incrementando el cumplimiento del indicador en un 26%. En el control de las hipoglucemias también se ha mejorado más del 10%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En un contexto de falta de costumbre en la gestión por objetivos, y mediante evaluación cuatrimestral de indicadores se ha conseguido un mejoría por parte del equipo en la mayor parte de indicadores. A pesar de lo anterior todavía hay margen de mejora, sobre todo en lo referente a paciente polimedcado, retinografías., control de Hb1Ac y realización de Doppler en pie diabético. Es por ello que el proyecto de mejora se continuará en el 2018 y se tipifica esta memoria como de seguimiento.

7. OBSERVACIONES.

Finalmente, se hace constar que en el centro se ha producido una importante rotación de personal de enfermería causada por traslados, oposiciones y bajas de larga duración dificultando enormemente la consecución de los objetivos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1345 ===== ***

Nº de registro: 1345

Título
GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

Autores:
PARDOS CAMACHO ANDRES, GARCIA DOLZ CLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAELLA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA ENFERMO CRONICO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA EN EL REGISTRO EN OMI

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de enfermería del año 2016 han presentado un resultado del 11,6% del total de puntuación del contrato, un desempeño bajo. Si analizamos por cupos observamos que hay el cupo mejor resultado obtiene un 33% mientras uno de ellos obtiene un resultado de 0,6%. La mayoría de los indicadores del contrato muestran importante espacio para la mejora. La implantación de la evaluación con doppler de los pacientes diabéticos estaba a 0 en Enero de 2017. Se ha proporcionado un espirómetro recientemente, por lo que esperamos que se vaya incrementado la cobertura de pacientes fumadores con espirometrías. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Maella.

MÉTODO
MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1345

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

- * Formación de formador en centro de salud de Maella: un enfermero rotará durante una semana en un cupo de los de mejor resultado en el sector.
- * Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- * Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
- * Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados y planes personales en los puntos clave de los indicadores del nuevo contrato (incluidos los que continúan del año anterior)
- * Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería
- * Atención al tabaquismo: Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
- * Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
- * Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se identificarán los indicadores que van por debajo del estándar, se analizarán las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se propondrán acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES

INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

DURACIÓN

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

- * Mayo: rotación del enfermero con formadores en planes personales y planes de cuidados
- * Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
- * Junio: Sesiones clínicas sobre registro de planes personales y planes de cuidados. Manejo del cuadro de mando de diabetes y del contrato de gestión.
- * Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
- * Enero 2017: Evaluación del proyecto

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 - 2016/1345

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ANDRES PARDOS CAMACHO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MAELLA
· Localidad MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- * Rotación de un enfermero durante una semana en un cupo de los de mejor resultado en el sector. Posteriormente actuó como formador del equipo de enfermería del CS Maella.
- * Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- * Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
- * Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados y planes personales en los puntos clave de los indicadores del nuevo contrato (incluidos los que continúan del año anterior). Se realizó una sesión específica sobre manejo del cuadro de mandos de diabetes.
- * Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería . Se ha incidido mucho en que sea el profesional de enfermería el que se encargue de gestionar la petición de estas analíticas de pacientes crónicos con factores de riesgo CV . Para ello se han realizado actividades formativas sobre gestión de pruebas de laboratorio a través de OMI-AP y OMI-LAB.
- * Atención al tabaquismo: Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
- * Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Se ha realizado una sesión específica sobre valoración de pie diabético con manejo práctico de dópler, y otra sesión sobre técnica e interpretación de espirometrías.
- * Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se han identificado los indicadores que van por debajo del estándar, se han analizado las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se han propuesto acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se han registrado en acta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores y resultados comparados entre 2016 y 2018 utilizando como fuente de información los datos expuestos en el cuadro de mandos:

A. ACUERDOS DE GESTIÓN:

Intervención tabaco: 2016:69,54% 2018:76,23% MEJORA 6,69 %
Detección de tabaco: 2016:40,38% 2018:46,08% MEJORA 5,7 %
EPOC síntomas: 2016:3,23% 2018:36,21% MEJORA 32,98 %
EPOC vías aéreas: 2016:6,45% 2018:34,48% MEJORA 28,03 %
RCV 2016:57,86% 2017:68,56% MEJORA 10,7 %
Diabetes pie de riesgo:2017:40 % 2018:10,86 % MEJORA -29,14 %
Polimedicação enfermería: 2016:10,96% 2018:45,59% MEJORA 34,63 %
Valoración riesgo caídas: 2016:43,64% 2018:96,43% MEJORA 52,79 %
Valoración NORTON: 2016:30,56% 2018:91,6% MEJORA 61,04 %
Valoración ZARIT: 2016:0% 2018:14,8% MEJORA 14,8 %

B. DIABETES:

Revisión HbA1c : 2016:42,78% 2018:61,96% MEJORA 19,18%
Retinografía: 2016:29,89% 2018:39,29% MEJORA 9.4%
Revisión microalbuminuria: 2016:65,95% 2018:77,84% MEJORA 11,89%
Revisión GFR: 2016:46,51% 2018:81,41% MEJORA 34,9%
Revisión TA: 2016:54,30% 2018:48,48% MEJORA - 5.82%
Revisión LDL: 2016:70,18% 2018:76,71 % MEJORA 6,53 %
Revisión pie diabético: 2016:15,05% 2018:27,77% MEJORA 12,72%
Hipoglucemia: 2016:27,56% 2018:44,85% MEJORA 17,29 %
Diabetes conocimientos: 2016:9,92% 2018:40,94% MEJORA 31,02%

Con los datos disponibles, se comprueba que se ha mejorado en casi todos los apartados, .Y en algunos puntos concretos, la mejoría ha sido superior al 20 % . Se aprecia muy buena evolución en los indicadores de control y seguimiento del paciente EPOC, así como del polimedicação . En cuanto a los pacientes dependientes se ha conseguido incorporar a la práctica asistencial habitual el uso protocolizado de la escala de Norton y establecer una valoración periódica de la movilidad y el riesgo de caídas.

En lo referente a la intervención en tabaquismo para intentar conseguir la deshabituación los resultados son muy positivos, aunque se puede seguir mejorando . Como puntos perfectibles podemos destacar la revisión y determinación del riesgo en el pié diabético, así como, mejorar la cobertura de retinografías .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La introducción de la cultura de gestión de indicadores está modificando las dinámicas de funcionamiento del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1345

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

equipo de tal forma que se trabaja de una forma mas protocolizada.
La realización periódica de sesiones haciendo revisión del cuadro de mandos influye positivamente en el cumplimiento de los objetivos del contrato gestión.

7. OBSERVACIONES.

Se hace constar que en el centro se ha producido una importante rotación de personal médico, de enfermería y del único administrativo del que disponemos., causada por traslados y oposiciones dificultando enormemente la consecución de los objetivos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1345 ===== ***

Nº de registro: 1345

Título
GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

Autores:
PARDOS CAMACHO ANDRES, GARCIA DOLZ CLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAELLA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA ENFERMO CRONICO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA EN EL REGISTRO EN OMI

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de enfermería del año 2016 han presentado un resultado del 11,6% del total de puntuación del contrato, un desempeño bajo. Si analizamos por cupos observamos que hay el cupo mejor resultado obtiene un 33% mientras uno de ellos obtiene un resultado de 0,6%. La mayoría de los indicadores del contrato muestran importante espacio para la mejora. La implantación de la evaluación con doppler de los pacientes diabéticos estaba a 0 en Enero de 2017. Se ha proporcionado un espirómetro recientemente, por lo que esperamos que se vaya incrementado la cobertura de pacientes fumadores con espirometrías. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Maella.

MÉTODO
MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- * Formación de formador en centro de salud de Maella: un enfermero rotará durante una semana en un cupo de los de mejor resultado en el sector.
- * Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- * Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
- * Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados y planes personales en los puntos clave de los indicadores del nuevo contrato (incluidos los que continúan del año anterior)
- * Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería
- * Atención al tabaquismo: Implicación de MAC y EAC en estas actividades.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1345

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

* Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.

* Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se identificarán los indicadores que van por debajo del estándar, se analizarán las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se propondrán acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES
INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

DURACIÓN
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

* Mayo: rotación del enfermero con formadores en planes personales y planes de cuidados

* Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.

* Junio: Sesiones clínicas sobre registro de planes personales y planes de cuidados. Manejo del cuadro de mando de diabetes y del contrato de gestión.

* Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora

* Enero 2017: Evaluación del proyecto

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 - 2016/1346

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA SARTOLO ROMEO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MAELLA
· Localidad MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MIGUEL MENDEZ MANUELA
ALCALA MARTINEZ ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Al comienzo del proyecto, en junio de 2017, se mostraron los datos de los indicadores al resto del equipo para seleccionar aquellos en los que debíamos mejorar.
Realización de sesión sobre "exposición de indicadores de medicina del contrato de gestión 2017 y planes de mejora" el día 25 de octubre de 2017 en la cual participaron médicos y enfermeras del centro de salud de Maella de una hora de duración. En ella se propuso además la detección de consumo de tabaco en los pacientes que acuden al centro de salud en horario de atención continuada.
Está previsto hacer una reunión de equipo en marzo de 2018 para exponer la evolución de los indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el periodo valorado no se ha conseguido alcanzar el 50% en detección de consumo de tabaco.
Riesgo cardiovascular, seguimos en rango.
En el indicador "selección eficiente de estatinas" continuamos con buenas cifras. Lo mismo ocurre con el uso de "hipolipemiantes combinados" y con "medicamentos de riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años".
En el indicador "medicamentos inapropiados en mayores de 75 años" se ha mejorado algo más de 2 puntos porcentuales, pasando de un 18,79% en mayo de 2017 a un 16,64% en febrero de 2018, quedándonos a sólo unas décimas de las cifras objetivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No hemos conseguido una mejora sustancial en los indicadores de farmacia. Los que estaban en el rango adecuado se han mantenido y de los que no estaban en rango, sólo cabría destacar el indicador de "medicamentos inapropiados en mayores de 75 años". En este indicador, se ha mejorado dos puntos porcentuales, por lo que casi ha entrado en objetivo. La mejora en este indicador puede estar relacionada con la formación impartida desde farmacia.
Para el intento de mejora del indicador "detección de consumo de tabaco" se propuso preguntar a los jóvenes que acudían en el horario de atención continuada. Por el momento no hemos conseguido mejorar el indicador de manera sustancial. Continuaremos realizando esta intervención, y se estudiarán otras posibles medidas que puedan resultar más apropiadas para mejorar el indicador.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1346 ===== ***

Nº de registro: 1346

Título
GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Autores:
SARTOLO ROMEO MARIA TERESA, MIGUEL MINGUEZ MANUELA, ALCALA MARTINEZ ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAELLA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA ENFERMO CRONICO
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 - 2016/1346

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de medicina del año 2016 han presentado un resultado del 32,44 % de los puntos posibles, un resultado con evidente potencial de mejora. No se ha puntuado en detección de tabaquismo ni en evaluación de riesgo cardiovascular ni en revisión de polimedicado. También ha habido problemas con los cinco últimos indicadores de farmacia. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar las coberturas de los indicadores de medicina y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Maella.

MÉTODO MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- * Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- * Presentación de resultados del año anterior tanto del contrato de gestión como de diabetes, análisis de los que salen más bajos, identificación de posibles causas de por qué están más bajos y acciones de mejora, con especial atención a los indicadores de farmacia que han quedado por debajo de los estándares establecidos. Especial atención a la cobertura de determinación del riesgo cardiovascular e indicadores de prescripción.
- * Implicación de MAC en los indicadores de prescripción pediátrica y de tabaquismo
- * Evaluación cuatrimestral de indicadores médicos del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador. Identificación de indicadores que van por debajo del estándar, análisis de causas por las que van por debajo de lo esperado los indicadores con problemas y propuesta de acciones de mejora una vez identificadas esas causas. Las reuniones se registrarán en acta. Implicación de MAC en los indicadores de prescripción de pediatría incluyendo estos dos indicadores en la evaluación individual del contrato intracentro para este colectivo.

INDICADORES INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a medicina.

DURACIÓN DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

- * Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
- * Junio-Noviembre: desarrollo de sesiones clínicas sobre los aspectos seleccionados en las reuniones
- * Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
- * Enero 2018: Evaluación 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 - 2016/1347

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAELLA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE FABIOLA GIMENEZ ANDRES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MAELLA
· Localidad MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDOS CAMACHO ANDRES
SARTOLO ROMEO MARIA TERESA
TORCAL TABARES JUANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Implementación en agendas de OMI de 3 a 5 huecos de consulta demanda no presencial (DEMNP) de acuerdo a las necesidades y preferencias de cada titular con respecto al número y duración de las mismas.
- Distribución de los tripticos informativos sobre consulta telefónica no presencial a los titulares de las consultas y demás personal del centro de salud de Maella.
- Colocación de los tripticos informativos por diferentes zonas del centro de salud e información a la población por parte de los diferentes profesionales del centro.
- Comunicación de las recomendaciones del artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.
- Sesión imformativa sobre la implementación de la interconsulta virtual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En Diciembre de 2017 las agendas de titulares del centro de Salud de Maella tienen entre 3 y 5 huecos de demanda no presencial.
- No es posible calcular el porcentaje exacto del uso de estas nuevas consultas no presenciales, el porcentaje es aproximado. En una revisión de final de año donde se evaluó la utilización de al menos una visita diaria de consulta no presencial se encontró que el 75% de los médicos utilizaba al menos un hueco diario. En enfermería el porcentaje es de un 50%.
En Pediatría su uso es del 60% de la ocupación destinada para el mismo diario.
- La interconsulta virtual se usa habitualmente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En conclusión tanto los profesionales como la población ven satisfactoria la implementación de la consulta no presencial y la interconsulta virtual.

7. OBSERVACIONES.

EMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SIN PATOLOGIA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: INFORMACION GENERAL

Enfoque:
Otro Enfoque.....:
PROBLEMA

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la eficiencia de las visitas.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1347 ===== ***

Nº de registro: 1347

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAELLA

Autores:
GIMENEZ ANDRES FABIOLA, PARDOS CAMACHO ANDRES, SARTOLO ROMEO MARIA TERESA, TORCAL TABAR JUANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAELLA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1347

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAELLA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA MULTIPLE
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Maella hemos encontrado que la eficiencia en derivaciones, farmacia y visitas ajustado por ACGs está por encima del estándar. Aunque el peso medio de nuestro centro no es bajo también podría intentarse mejorar el registro diagnóstico.

RESULTADOS ESPERADOS

RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs.
Mejorar los tres indicadores de eficiencia ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Maella.

MÉTODO

MÉTODO Y ACCIONES PARA MEJORAR

- * Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
- * Eficiencia en visitas. Consulta no presencial:
 - o Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
 - o Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
 - o Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
 - o Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.
- * Derivaciones: Implantación de la interconsulta virtual en el centro de salud de Maella.
- * Eficiencia en farmacia: Se realizarán sesiones clínicas cuatrimestrales mostrando los resultados del centro, con exposición de las moléculas de mayor gasto, proponiendo alternativas de prescripción posibles en consonancia con las líneas estratégicas de SALUD. Se levantará acta de las reuniones.

INDICADORES

INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- % de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría
- % de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería
- % Interconsultas Virtuales del total de las derivaciones
- % de interconsultas resueltas de forma no presencial del total de las derivaciones realizadas

Indicadores de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia, visitas y derivaciones.

DURACIÓN

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

Mayo-Junio: sesiones clínicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1347

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAELLA

Mayo: adaptación de agendas

Revisión periódica de indicadores

Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0155

1. TÍTULO

INTRODUCCION A LA RCP BASICA EN LAS ZONAS DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS Y CALANDA

Fecha de entrada: 16/06/2017

2. RESPONSABLE ALBERTO SALESA ALBALATE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALAS MARTIN BEATRIZ
SINUES JUDES MANUEL
LATORRE BARTOLO SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-SE VALORA Y BUSCA MATERIAL PARA NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS ACTUALIZADOS.
-NOS PUSIMOS EN CONTACTO CON LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA ZONA DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS, EN SIGUIENTES PROYECTOS SE INTENTARA AMPLIAR A LA ZONA DE SALUD DE CALANDA.
-ACORDAMOS PARA REALIZAR UNA CHARLA EN LOS 3 CENTROS PRINCIPALES, UBICADOS EN AGUAVIVA, CASTELLOTE Y MAS DE LAS MATAS.
-SE REALIZA UNA PRESENTACIÓN EN POWER POINT, APOYADA CON VIDEOS EXPLICATIVOS Y LUEGO SE INTERACTUA CON LOS NIÑOS.
<https://www.youtube.com/watch?v=56PrvOfEqHQ> <https://www.youtube.com/watch?v=TBXQyxTgs8A>

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

ACERCAR AL COLEGIO TANTO A LOS ALUMNOS COMO AL PROFESORADO LA RCP BÁSICA.
IDENTIFICAR UN CASO DE INCONSCIENCIA Y AVISAR A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS CORRECTAMENTE.
INCIDIMOS EN COMO DAR LOS AVISOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

NOS HA RESULTADO DIFÍCIL EL ABORDAJE EN LOS CENTROS YA QUE EN ZONA RURAL ESTAN AGRUPADOS Y TENEMOS MUCHA DIFERENCIA DE EDAD.
LOS NIÑOS PEQUEÑOS REACCIONARON MEJOR A LA CANCIÓN Y LA VIVENCIA CON LOS MATERIALES QUE LLEVAMOS. LOS MAS MAYORES ENTENDIERON LA PRESENTACIÓN E INTENTAMOS DAR SOLUCIONES A SUS INCREIBLES PREGUNTAS.
QUEDA PENDIENTE EL AREA DE CALANDA Y SE COMENTARA CON LOS PROFESIONALES DE ESE CENTRO ADSCRITOS A ESTE PROYECTO.

7. OBSERVACIONES.

SE INTENTARA SEGUIR REALIZANDO TODOS LOS AÑOS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/155 ===== ***

Nº de registro: 0155

Título
INTRODUCCION A LA RCP BASICA EN LAS ZONAS DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS Y CALANDA

Autores:
SALESA ALBALATE ALBERTO, SALAS MARTIN BEATRIZ, SINUES JUDES MANUEL, MALLÉN MATEO SARA, VILLALBA MIR ANA PILAR, LATORRE BARTOLO SILVIA, FERRANDO AZNAR CLARA, LOPEZ FELEZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

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

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Iniciar desde niños una educación en RCP básica, ya que consideramos vital esa enseñanza como educación para la salud desde niños.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0155

1. TÍTULO

INTRODUCCION A LA RCP BASICA EN LAS ZONAS DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS Y CALANDA

Los niños de seis a doce años serán capaces de identificar una situación de PCR y actuar adecuadamente, todo ello implementado en el medio rural en el que desarrollamos la actividad.

MÉTODO

En primera instancia contactaremos con los colegios y asociaciones de padres para coordinar las actividades dentro del curso escolar. El método será a base de vídeos para los más pequeños y un power point para los mayores, y luego prácticas. Se intentará que sea todo lo más participativo posible.

INDICADORES

- Pre-test y post-test adecuado para los niños y valorar conocimientos adquiridos.
- Encuesta de satisfacción

DURACIÓN

Hasta Febrero:

- Comunicar a los CRAS y centros educativos. Disponibilidad y preparación de material.
- A partir de febrero comienzo de las charlas y talleres.

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 : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1422

1. TÍTULO

CUMPLIMIENTO DEL ACUERDO DE GESTION 2017. CUMPLIMIENTO DE ATENCION A PACIENTES DIABETICOS 2017. CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS DE FARMACIA 2017

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE ANGEL CASTAN BARRIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BERLANGA RUBIO JUAN JOSE
PITARARCH CAÑADA PEDRO
MIR SORRIBAS LOURDES
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades y Oferta de Servicios.

Se analizaron los indicadores de 2016 priorizando para realizar acciones de mejora en 2017 los siguientes:

Registro y plan de cuidados en EPOC
Plan cuidados Conocimientos deficientes en diabetes
Exploración y riesgo del pie diabético
Coberturas en diabetes

Se analizaron los resultados cuatrimestralmente a partir del cuadro de mando desarrollando como acciones de mejora sesiones sobre los planes personales de EPOC (fisioterapia en EPOC), pie diabético, plan de cuidados en diabetes.

También se analizaron cuatrimestralmente los indicadores de farmacia siendo priorizados los de prescripción de antibióticos en pediatría sin descuidar el resto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La evolución ha mostrado mejora en la mayoría de los indicadores. Así en intervención sobre tabaquismo se ha pasado de un 63% en 2016 a un 70% en 2017 sin bajar en la tasa de detección de tabaquismo (46%). La detección de síntomas en EPOC ha aumentado un 20% respecto a 2016 (66,67%) mientras que el plan de limpieza ineficaz de vías aéreas ha aumentado un 53% (59%). Los indicadores de dependencia (caídas y Norton) han aumentado un 12 y un 28% (100% y 88% respectivamente).

En lo que respecta a diabetes hemos alcanzado un 77% de pacientes con el pie explorado (mejora de un 12% respecto a 2016) alcanzando un 77% en evaluación del riesgo. La cobertura de analíticas ronda el 80%. La glicada en los últimos seis meses se encuentra en un 56%. El registro de hipoglucemia en un 60%.

Los indicadores de utilización de antibióticos en pediatría han pasado en el caso de la faringitis estreptocócica de un 68% a un 87,6%, mientras que en otitis media ha sido de un 84% a 95,88%. Al mismo tiempo se han presentado mejoras en el resto de los indicadores de prescripción donde el año pasado, encontrando solo un indicador ligeramente fuera de rango: hipolipemiantes combinados.

En cuanto a los objetivos del sector: en evaluación con doppler de pacientes diabéticos entre 50 y 80 años hemos alcanzado el 29%, lo que supone el objetivo propuesto por dirección, en cuanto a cobertura de evaluación de cáncer de cérvix se ha llegado a un 43%, 10 puntos por encima del objetivo del sector. Sin embargo, existe potencial de mejora en el indicador de espirometrías realizadas a fumadores entre 50 y 80 años en los últimos 5 años donde solo hemos aumentado un 3% (15%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La disponibilidad de información que proporciona el cuadro de mando, junto con el método de gestión por objetivos nos ha permitido abordar cómodamente los puntos débiles de nuestro centro de salud. Queda margen de mejora especialmente en el indicador de espirometrías en fumadores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1422 ===== ***

Nº de registro: 1422

Título
CUMPLIMIENTO ACUERDO DE GESTION DE 2017. CUMPLIMIENTO DE ATENCION A PACIENTES DIABETICOS 2017. CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS DE FARMACIA 2017

Autores:
CASTAN BARRIO JOSE ANGEL, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, BERLANGA RUBIO JUAN JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1422

1. TÍTULO

CUMPLIMIENTO DEL ACUERDO DE GESTION 2017. CUMPLIMIENTO DE ATENCION A PACIENTES DIABETICOS 2017. CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS DE FARMACIA 2017

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
RESULTADOS DE CAMPOS PROPUESTOS (ESTADÍSTICAS): DESAJUSTES DETECTADOS DENTRO DEL EQUIPO Y CON RESPECTO AL ÁREA DE ALCAÑIZ, AL CONJUNTO DE ARAGON Y A LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS PARA 2017. ES INDISPENSABLE MEJORAR RESULTADOS ESTRATÉGICOS Y DE SECTOR. E IGUALARLOS. PROCEDEREMOS AL DEBATE ENTRE LOS MIEMBROS DEL EAP PARA PODER ENCONTRAR LAS SOLUCIONES, ALCANZAR COMPROMISOS Y EN REUNIONES SUCESIVAS CONSEGUIR LA MEJORA PROPUESTA.

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR EL CAMPO DEL TABAQUISMO, DEL POLIMEDICADO, LOS DEL EPOC, LOS PACIENTES DEPENDIENTES; MANTENER LA ATENCIÓN A LOS DIABÉTICOS; REDUCIR TRATAMIENTOS HIPOLIPEMIANTE COMBINADOS EN AP, MEDICAMENTOS INAPROPIADOS EN MAYORES DE 75 AÑOS Y LOS DE RIESGO ANTICOLINÉRGICO EN MAYORES DE 75 AÑOS; ASÍ MISMO REDUCIR LOS PACIENTES EN ALERTA POR TRIPLE WHAMMY Y LOS AINE's EN PACIENTES CON RCV ALTO; ADECUAR ANTIBIOTERAPIA EN FARING.-AMIGD./OTITIS ESTREPTOCOCCICA.

MÉTODO
INFORMAR DE SITUACIÓN: PRESENTAR ESTADÍSTICAS.
ORIENTAR SESIONES CLÍNICAS.
COMPROMISO A TRAVES DE LA PARTICIPACIÓN.
MEJORAR NUESTRA PRESTACIÓN.
PROMOCIÓN DE LA CONSULTA PROGRAMADA.

INDICADORES
ESTADÍSTICAS DE CUMPLIMIENTO ACUERDO DE GESTION DE 2017, DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A PACIENTES DIABÉTICOS 2017 Y DE CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS DE FARMACIA 2017.

DURACIÓN
SEIS MESES: EVALUACIONES EN JUNIO, SEPTIEMBRE Y DICIEMBRE.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1441

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR BORRAZ MIR
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TITARCH CAÑADA PEDRO
SANCHEZ GORRIZ TERESA
MIR SORRIBAS LOURDES
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER
TELMPE MARTINEZ EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se crearon huecos de consulta no presencial en la agenda de OMI-AP, informando al equipo de qué casos serían susceptibles de consulta no presencial. Se realizó una actividad comunitaria en la que, en uno de sus puntos, se explicó la existencia de la consulta no presencial.
Se informó del desarrollo de la interconsulta virtual en el hospital de Alcañiz y de las especialidades que la iban a desarrollar.
Se informó de las moléculas farmacéuticas que más gasto originaban en el centro de salud, aunque no se pudo actualizar esta información por la baja de la farmacéutica del sector.
Se hizo énfasis en mejorar los registros diagnósticos en OMI-AP para mejorar el peso medio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En consulta no presencial en médicos se ha alcanzado el estándar del contrato de gestión (5,7%) mientras que no se alcanza en consultas de enfermería.
Tampoco se ha alcanzado el estándar en % de peticiones realizadas con interconsulta virtual que se encuentra en el 30%, resultado generalizado en el sector.
No se disponen de datos de eficiencia ajustados por ACGs.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El desarrollo de la interconsulta virtual ha mostrado debilidades en el sector. La incorporación de las distintas especialidades ha sido irregular y en muchas ocasiones las respuestas han generado incertidumbre (recomendación de solicitud de pruebas que no están en la cartera de servicios de atención primaria, recomendaciones de aplicar protocolos de especializada que a veces se desconocen), lo que ha hecho que se volviera a la derivación clásica. Sería recomendable disponer de los indicadores de eficiencia en algún corte a mitad de año y otro en Enero, ya que al no disponer de estos datos no podemos saber si nuestras medidas están funcionando y establecer medidas correctoras concurrentes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1441 ===== ***

Nº de registro: 1441

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LA MATAS

Autores:
BORRAZ MIR PILAR, PITARCH CAÑADA PEDRO, SANCHEZ GORRIZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1441

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Mas de las Matas hemos encontrado varios problemas:

- Una frecuentación elevada junto con presión asistencial elevada que se justifica en parte porque cada médico pasa consulta en distintos núcleos de población donde no se pasa consulta todos los días. El indicador de eficiencia en visitas ajustado por ACGs nos muestra que estamos por encima de lo esperado en Aragón. En nuestro caso la implantación de la consulta no presencial puede ser de utilidad.
- Una pirámide de cronicidad sensiblemente más gruesa en la parte superior que en el promedio de Aragón. Aunque nuestro peso medio está por encima de 1, creemos que puede mejorarse el registro diagnóstico.
- La eficiencia en derivaciones y farmacia ajustado por ACGs están por encima del estándar

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs.
Mejorar los tres indicadores de eficiencia ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Mas de las Matas.

MÉTODO

- Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
- Eficiencia en visitas. Consulta no presencial:
 - o Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
 - o Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
 - o Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
 - o Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.
- Derivaciones: Implantación de la interconsulta virtual en el centro de salud de Mas de las Matas.
- Eficiencia en farmacia: Se realizarán sesiones clínicas cuatrimestrales mostrando los resultados del centro, con exposición de las moléculas de mayor gasto, proponiendo alternativas de prescripción posibles en consonancia con las líneas estratégicas de SALUD. Se levantará acta de las reuniones.

INDICADORES

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría
% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería
% Interconsultas Virtuales del total de las derivaciones
% de interconsultas resueltas de forma no presencial del total de las derivaciones realizadas
Indicadores de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia, visitas y derivaciones.

DURACIÓN

Mayo-Junio: sesiones clínicas
Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores
Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1497

1. TÍTULO

¿ESTA LATENTE EL CONSEJO DE SALUD DEL MAS?

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ANA PILAR VILLALBA MIR
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERLANGA RUBIO JUAN JOSE
TELMO MARTINEZ EVA MARIA
LATORRE BARTOLO SILVIA
SALESA ALBALATE ALBERTO
VIDAL VILLANUEVA VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
EL CONSEJO DE SALUD ES EL ORGANISMO DE PARTICIPACION DE LOS CIUDADANOS EN EL CENTRO DE SALUD. EN ESTOS MOMENTOS ESTÁ MANTENIENDO UN TEMA ÚNICO QUE ES EL ACCESO EQUITATIVO A LA ATENCION MEDICA DEL CUPO DE CASTELLOTE. CUANDO PRESENTE ESTE PROYECTO: LO HICE SOLICITANDO MEJORAS O PROPUESTAS O CRITICAS POR DISPARES QUE FUERAN. (BRAINSTORMING). NO OBTUVE RESPUESTA ALGUNA POR NADIE DEL CONSEJO DE SALUD. CUANDO INDAGUE ME DIJERON QUE NO QUERIAN PARTICIPAR PARA NO TENER QUE IR A NINGUN SITIO. EN UN SEGUNDO INTENTO ANIMÉ DE NUEVO AL CONSEJO E INTRODUCÍ UNA NUEVA FUENTE DE INFORMACION DE IDEAS. DISTINTOS GRUPOS DE POBLACION DEL CENTRO DE SALUD. OBTUVE LAS SIGUIENTES IDEAS. BRAINSTORMING: MESA Y SILLAS INFANTILES CON CUENTOS, COLORES. PARA LAS EMBARAZADAS, CLASES PREPARTO, UNA SALA EN CONDICIONES . CHARLAS SOBRE EL PAPILOMA, ENDOMETRIOSIS, PROSTATA, MENOPAUSIA, LOS ESTROGENOS. EMBARAZO EN ADOLESCENTES. VIOLENCIA FILIOPARENTAL. DETECTAR MALOS TRATOS. COLOCAR UNA MARQUESINA TRANSPARENTE HASTA LA ACERA PARA QUE LOS ENFERMOS Y PACIENTES NO PASEN FRIO Y SE MOJEN MUCHO CUANDO SE LES SACA EN SILLA DE RUEDAS O CAMILLA. DIABETES, TABACO, OBESIDAD.CAMBIOS DE HABITOS. PRIMEROS AUXILIOS: RCP (ATRAGANTAMIENTO). INTOXICACIONES. ICTUS. CRISIS EPILEPTICAS . CRISIS DE ANSIEDAD. PARA FAMILIARES DE CUIDADORES DE ALZHEIMER, MENTALES, PERSONAS DEPENDIENTES. REUNIONES DE PERSONAS CON LA MISMA PATOLOGIA ; DEPRESION...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
VALORANDO ESTAS IDEAS, SE PONDRÁ EN MARCHA UNA SERIE DE SESIONES DIRIGIDAS A LA POBLACION EN GENERAL O A LA POBLACION MAS ESPECIFICA.
- ATENCION SANITARIA A LA MUJER VICTIMA DE VIOLENCIA DOMESTICA.
- EN RESIDENCIAS O CENTROS DE DIA : PRIMEROS AUXILIOS .
CON ESTAS DOS LINEAS DE MEJORA SE PLANTEAN PARA EL AÑO 2018.
EN LA PROXIMA REUNION DEL CONSEJO DE SALUD, SE DARÁ A CONOCER ESTE PROYERTO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EL CONSEJO DE SALUD ESTA MONOPOLIZADO CON UN UNICO TEMA, SE DEBE DAR A CONOCER Y EXPLICAR SU FUNCION. COMO ORGANISMO DE PARTICIPACION CIUDADANA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1497 ===== ***

Nº de registro: 1497

Título
¿ESTA LATENTE EL CONSEJO DE SALUD DEL MAS?

Autores:
VILLALBA MIR ANA PILAR, SALESA ALBALATE ALBERTO, LATORRE BARTOLO SILVIA, BERLANGA RUBIO JUAN JOSE, BORRAZ MIR PILAR, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1497

1. TÍTULO

¿ESTA LATENTE EL CONSEJO DE SALUD DEL MAS?

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

EL CONSEJO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS TIENE DOS AÑOS DE RECORRIDO.
SE FORMÓ CON LOS CONCEJALES DE LAS POBLACIONES DEL AREA DE SALUD, Y CON REPRESENTANTES DEL CENTRO DE SALUD.
DURANTE ESTE TIEMPO LAS REUNIONES HAN SIDO CON CIERTA REGULARIDAD, TRIMESTRALMENTE.
LA ORIENTACION HA SIDO, TAL VEZ EQUIVOCADA, MOSTRAMOS LOS DEFICITS MEDICOS EN PERIODO ESTIVAL .
COMO OBJETIVO EN EL CENTRO NOS HAN INDICADO LAS ACTUACIONES HACIA LA SOCIEDAD.
UN PUNTO DE PARTIDA ES EL CONSEJO DE SALUD.

RESULTADOS ESPERADOS

EL OBJETIVO PRINCIPAL VA A SER INVITAR A ASOCIACIONES CULTURALES, DEPORTIVAS, AMAS DE CASA Y DE OTRO TIPO, JUNTO CON LOS REPRESENTANTES DE LOS AYUNTAMIENTOS Y LOS DEL CENTRO DE SALUD.
DAR A CONOCER EL NUEVO PUNTO DE PARTIDA: ES LA BUSQUEDA DE INTERESES POR LA POBLACION ...
RECIBIR UNA TORMENTA DE IDEAS POR PARTE DE TODOS Y BUSCAR LINEAS DE TRABAJO DE INTERES PARA NUESTRA SOCIEDAD.

MÉTODO

PRIMERA REUNION INVITAR A UN MAYOR NUMERO DE ASOCIACIONES Y REPRESENTANTES DE LOS AYUNTAMIENTOS.
RECOGER TODAS LA POSIBLES INQUIETUDES.
VALORARLAS EN EL CENTRO DE SALUD, COMO URGENTES, PRIORITARIAS, MEDIO PLAZO, LARGO PLAZO.
VALORAR EN CUANTO A LA POSIBILIDAD DE REALIZACION.
MARCAR TRES LINEAS DE TRABAJO.

INDICADORES

VALORAR TODAS LAS PROPUESTAS :
INTERES DE LA POBLACION.
INTERES DE LOS COMPAÑEROS DEL CENTRO.
POSIBILIDAD DE REALIZACION.
GRAVEDAD DE LA PROPUESTA.
PUNTOS DE VISTA DISTINTOS DEL USUARIO A NOSOTROS.

DURACIÓN

DURACION UN AÑO.
POSIBILIDAD DE PROLONGAR MAS TIEMPO.
LAS REUNIONES DEL CONSEJO SON TRIMESTRALES.

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 - 2016/1498

1. TÍTULO

CONSULTA TELEFONICA NO PRESENCIAL. CITA MEDICA VIA MOVIL, ACCESO A CITA ESPECIALIZADA (SOLICITUD DE PIN), RECETAS MEDICAS DE ARAGON EN OTRAS COMUNIDADES

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE TERESA SANCHEZ GORRIZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PITARCH CAÑADA PEDRO
TELMO MARTINEZ EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó en este centro una reunión informativa el 13 de Julio de 2017, acudieron 25 personas de mediana edad con dificultades para las nuevas tecnologías, se les enseñó a descargar el App de Saludinforma, a citar a través del móvil, a quién podemos citar, como anularla, también la introducción del pin para poder ver las citas de especializada pendientes. También se explico en que consiste la cita de demanda no presencial, como solicitarla y a que profesionales.

Se informo también de que hacer para poder retirar los medicamentos recetados en Aragón en otras comunidades que estan integradas en el Proyecto de interoperabilidad de receta eletrónica del Sistema Nacional de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Muy satisfactorio a los 25 participantes.
Se citan por el móvil, pueden ver las citas pendientes.
También llaman para citarse en demanda no presencial.
Se puede ver en OMI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración es muy positiva, hay personas que les cuesta iniciarse en las nuevas tecnologías pero con paciencia y enseñando bien se logran muy buenos resultados, la cercanía y poderles resolver en el momento sus dudas es muy importante.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1498 ===== ***

Nº de registro: 1498

Título
CONSULTA TELEFONICA NO PRESENCIAL, CITA MEDICA VIA MOVIL, ACCESO A CITA ESPECIALIZADA (SOLICITUD DE PIN), RECETAS MEDICAS EN ARAGON EN OTRAS COMUNIDADES

Autores:
SANCHEZ GORRIZ TERESA, PITARCH CAÑADA PEDRO, TELMO MARTINEZ EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
INFORMAR A LA POBLACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE DISPONE EL SALUD

RESULTADOS ESPERADOS
ENSEÑAR A COMO SE PUEDE UTILIZAR LOS SERVICIOS QUE DISPONE EL SALUD (Descarga de App, como se cita, introduccion pin, ect)
PARA QUE ES LA DEMANDA NO PRESENCIAL (Para qué se puede usar este tipo de cita, como solicitarla y a qué profesionales puedo pedir una consulta telefónica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1498

1. TÍTULO

CONSULTA TELEFONICA NO PRESENCIAL. CITA MEDICA VIA MOVIL, ACCESO A CITA ESPECIALIZADA (SOLICITUD DE PIN), RECETAS MEDICAS DE ARAGON EN OTRAS COMUNIDADES

EN QUE COMUNIDADES PUEDO UTILIZAR MI RECETA ELECTRONICA.

MÉTODO
CHARLAS INFORMATIVAS EN EL CENTRO DE SALUD

INDICADORES
INTENTAR MÁXIMA AFLUENCIA

DURACIÓN
FECHA 13 JULIO A LAS 16 HORAS

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 - 2016/1016

1. TÍTULO

MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISLIPEMIA PARA DISMINUIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETES TIPO II

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA VICTORIA NONAY LACRUZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE MINGO USON MIGUEL ANGEL
FERREIRA PAESA JORGE FRANCISCO
QUILEZ ROYO SILVIA
TOMAS LIZANO CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó un análisis de los indicadores implicados en el cuadro de mandos de diabetes de septiembre de 2016 identificando un bajo porcentaje de pacientes con valor de LDL colesterol alto riesgo cardiovascular y muy alto riesgo cardiovascular que tenían el LDL bien controlado por debajo de 100 y de 70 mgr/dl respectivamente. Siendo el porcentaje del 47.76 y 15.27% respectivamente, Además en los pacientes con alto o muy alto riesgo cardiovascular en un porcentaje del 33% y un 28% respectivamente no tenían determinación de LDL en el último año. Se sacó un listado de diabéticos de nuestro centro por CIAS y se repartieron entre el personal involucrado para la detección de los pacientes y realización de analítica. Se han excluido del listado los pacientes que al inicio del plan de mejora estaban incluidos en nuestra cartera de servicios y que han desaparecido de la BDU, por traslado a otra ZBS o por fallecimiento.
Evaluación de la mejora de los indicadores en los distintos cortes e información de los resultados a los profesionales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MARZO 2017

% de pacientes con alto riesgo cardiovascular y determinación de LDL en el último año: 78 %
De todos los pacientes con alto riesgo y determinación de LDL, 48.71% estaban dentro de rango y el 51.28, por encima de lo deseable, prácticamente los mismo resultados que en Septiembre del 16. Hemos analizado las posibles causas y hemos encontrado que un 20% de pacientes tienen cifras límite de COL LDL, que se decidió no tratar y que el sistema detecta que no cumplen objetivos Tenemos que aumentar cobertura y mejorar resultados.
% de pacientes con riesgo cardiovascular elevado y determinación de LDL en el último año 79%.
Pacientes con riesgo muy alto y LDL < 70, el 20.25% están dentro de rango y el 79.74% tienen los valores de LDL por encima de lo deseable. (Hemos mejorado la cobertura y han aumentado los valores dentro de rango, mejorando un 5%).

SEPTIEMBRE 2017

% de pacientes con alto riesgo cardiovascular y determinación de LDL en el último año: 81%
% de pacientes con alcance de cifras objetivo de LDL: dentro de rango el 45.67% y mal controlados el 54.32%
% pacientes con riesgo cardiovascular muy alto y determinación de LDL en el último año: 86%
% de pacientes con riesgo muy alto y LDL < 70: 31,39% (mejora del 11%)

Analizando las causas, no hemos aumentado las dosis de hipolipemiantes en la mayoría de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque se ha mejorado un 11% en el objetivo de riesgo cardiovascular alto y hemos mejorado nuestras coberturas de analítica, por encima de los resultados del sector y la Comunidad Autónoma, no hemos cumplido nuestras expectativas. Hemos observado que un 8% de pacientes no toleran estatinas por mialgias o alteración de CPK, Un 5% presenta mala adherencia al tratamiento. El 69% de los pacientes están en tto con estatinas, de ellos, se les ha subido la dosis al 25%. Hay que tener en cuenta que un % significativo de pacientes se encuentran en cifras cercanas a 100, por lo que en muchos casos se ha decidido no aumentar dosis de estatinas por evitar efectos secundarios. La dosificación de estatinas y el alcance de cifras objetivo tienen como factor limitante los efectos secundarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1016 ===== ***

Nº de registro: 1016

Título
MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISLIPEMIA PARA DISMINUIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETES TIPO II

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1016

1. TÍTULO

MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISLIPEMIA PARA DISMINUIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETES TIPO II

Autores:
NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA, DE MINGO USON MIGUEL ANGEL, FERREIRA PAESA JORGE, QUILEZ ROYO SILVIA, TOMAS LIZANO CARLOS, MARTIN RODRIGUEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
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.....:

PROBLEMA

La diabetes tiene una elevada prevalencia y un elevado número de complicaciones que aumentan la mortalidad. Así mismo tiene una gran repercusión en la calidad de vida del paciente.
Se ha descrito que la dislipemia aumenta el riesgo cardiovascular de todos los pacientes y sobre todo en los diabéticos. Hemos valorado el cuadro de mandos de diabetes de nuestro equipo y hemos visto que muchos de nuestros pacientes con alto riesgo cardiovascular no reciben adecuadamente tratamiento para la dislipemia y algunos, no tienen determinación de colesterol en la analítica, por diferentes causas. Por ello, creemos importante estudiar las causas de que esto ocurra y solucionarlo para intentar minimizar el riesgo cardiovascular de estos pacientes

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- aumentar a la totalidad el número de pacientes con diabetes al que se les practica estudio de dislipemias
- 2.- Identificar las causas de que no reciban tratamiento
- 3.- aumentar la cobertura de pacientes con diabetes a los que se disminuye el riesgo cardiovascular con una disminución del LDL colesterol

MÉTODO

- 1.- Búsqueda activa de todos los diabéticos tipo II que hay en nuestra zona de salud. La captación se hará telefónicamente o en consulta por parte de todo el personal implicado
- 2.- Realización de analítica con perfil lipídico a todos aquellos que no la tengan hecha en el último año
- 3.- Comprobación de cumplimiento de tratamiento en los que no hayan cumplido objetivos de LDL colesterol y tengan prescrito el mismo
- 4.- implantación de tratamiento en todos aquellos que teniendo LDL por encima de objetivos, no lo reciban
- 5.- El equipo se reunirá mensualmente para reflexionar sobre la idoneidad de los resultados que se van alcanzando, analizando causas y proponiendo actividades de mejora

INDICADORES

Se analizarán todos los pacientes diabéticos tipo II sin rango de edad.
Monitorización mensual de la evolución del indicador de dislipemias en el cuadro de mando de diabetes, tanto de cobertura como de cumplimiento de tratamiento de pacientes diabéticos con alto o muy alto riesgo cardiovascular

DURACIÓN

Creación del grupo de trabajo septiembre de 2016
Inicio del proyecto con captación de pacientes y realización de analíticas, en caso necesario, en septiembre de 2016
Primera evaluación en diciembre de 2016
Mensualmente; reunión de equipo para evaluar las causas, identificar oportunidades de mejora y analizar las causas
Marzo 2017; reevaluación de resultados
Septiembre-2017. Evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1352

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL C.S. MUNIESA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE JESSICA FESSENDEN GOMEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA
DE MINGO USON MIGUEL ANGEL
FERREIRA PAESA JORGE
ESPIN GALLARDO RICARDO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.Creación de la agenda de espirometrias en OMI.
- 2.Captación de todos los pacientes fumadores de 40 a 80 años sin espirometria previa tanto via telefónica como en consulta medica y de enfermería.
- 3.Detección de pacientes fumadores que no tenian el episodio en OMI por parte de todo el equipo
4. Consejo breve a todos los pacientes fumadores que acudieron al centro por el motivo que fuera.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto a la realización de espirometrias en pacientes que cumplan los criterios se han realizado en un 9,68%. Ha sido difícil que el paciente venga al centro ha realizarse la prueba, bien por la distancia del domicilio al centro de salud o por el poco interés en realizarsela.
Previo a la realización de la espirometria se ha hecho calibración del equipo quedando registrada la misma.
En cuanto a detección de hábito tabáquico, hemos tenido una detección de un 61,73 %, habiéndose implicado todo el EAP tanto de mañanas como de atención continuada.
Sobre los pacientes fumadores se ha conseguido una intervención tabáquica, a través del consejo breve o intensivo, de un 94,75%.
En la citación de espirometrias en la agenda creada para ello, hemos observado un infraregistro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados obtenidos tanto en detección del hábito tabáquico como en intervención han sido buenos, la implicación del personal de atención continuada para intervenir sobre todo en pacientes jóvenes que no frecuentan el centro en horario de mañana ha sido importante.
La captación de pacientes fumadores para la realización de espirometrías sigue quedando pendiente, incidiendo en la importancia de que el personal sanitario insista al paciente en la importancia de su realización.
El infraregistro de la agenda de espirometrias puede deberse precisamente por el bajo numero de citación

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1352 ===== ***

Nº de registro: 1352

Título
DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE MUNIESA

Autores:
FESSENDEN GOMEZ JESSICA, MALLÉN EDO MARTA, QUÍLEZ ROYO SILVIA, DE MINGO USON MIGUEL ANGEL, NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA, TOMAS LIZANO CARLOS, VILLANUEVA CABRERA ALEX, BARA GALLARDO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

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:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1352

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL C.S. MUNIESA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es habitual que el diagnóstico de la enfermedad obstructiva crónica se realice cuando el paciente está sintomático o a raíz de un ingreso. El reto desde atención primaria es hacerlo en fases precoces en pacientes con factores de riesgo, cuando el consejo antitabáquico es la mejor medida para evitar la evolución de la EPOC. Se da la circunstancia de que los pacientes fumadores suelen ser más jóvenes que los que vienen a las consultas y son más frecuentadores del horario de atención continuada, por lo que son más difíciles de captar y habrá que diseñar estrategias que nos permitan abordar las tareas de detección en estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- * Incrementar la detección de EPOC en pacientes fumadores entre 40 y 80 años
- * Realizar consejo antitabáquico intensivo en los pacientes detectados, con la finalidad de conseguir el abandono del hábito

MÉTODO

- * Sesión sobre consejo antitabáquico y la estrategia de EPOC en el centro
- * Implicación a los MAC y EAC en la detección, incluyendo en la evaluación individual de su contrato de gestión los indicadores de detección de tabaquismo, intervención sobre tabaquismo, y % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años
- * Calibración regular del espirómetro demostrada por la cumplimentación del registro

INDICADORES

- % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años
- Indicadores del contrato: detección del tabaquismo e intervención sobre tabaquismo
- % de pacientes epoc fumadores detectados que han abandonado el hábito de fumar a los seis meses.

DURACIÓN

- * Mayo-Junio: rotación del enfermero/a en Alcañiz
- * Junio: sesión sobre consejo antitabáquico
- * Junio-Diciembre: Implementación del programa
- * Cuatrimestralmente: recepción y análisis de los indicadores remitidos desde dirección de atención primaria del sector con realización de acciones de mejora si procede.
- * Enero 2017: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1352

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL C.S.MUNIESA

Fecha de entrada: 27/01/2018

2. RESPONSABLE JESSICA FESSENDEN GOMEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MALLEN EDO MARTA
TOMAS LIZANO CARLOS
VILLANUEVA CABRERA ALEX
BARA GALLARDO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS

- Se implicó a los MAC y EAC en la detección, incluyendo en su contrato de gestión individualizado, la detección de tabaquismo, intervención y % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años.
- Se hizo una reunión en el equipo sobre como realizar una intervención tabáquica
- Se llamo via telefónica a los pacientes susceptibles para la realización de la prueba y se colgaron carteles en los consultorios para animar a la realizacion de la espirometría.
- Se realizaron maniobras periódicas de calibración del espirómetro, hasta que tuvo que mandarse a mantenimiento por fallo en el táctil de la pantalla, pero se realizó de nuevo a su vuelta

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años: 21,49%, se ha obtenido una mejoría de un 6% respecto al año anterior.
- Respecto a la intervención tabáquica hemos pasado de un 80 % en el año 2016 a un 92% en el año 2017.
- En deteccion nueva de hábito tabáquico se ha pasado de un 78% en 2016 a un 83 % en 2017.
- El porcentaje de pacientes con EPOC que han abandonado el hábito tabáquico no lo hemos podido determinar
- La prevalencia en EPOC se encuentra en el 5,42% de los pacientes, duplicando la del sector y de Aragón.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque hemos mejorado un 6% en el porcentaje de pacientes con espirometría realizada según los indicadores, nuestras expectativas era mayores, una de las causas de ello ha podido ser la poca implicación de los pacientes, ya que muchos de los que se les ha ofrecido la prueba no han querido realizarsela.

Tenemos un 83,45% en la detección del paciente fumador, respecto al 46,27 % del Sector, y en relación a la intervención tabáquica nuestro resultado de centro es de un 92,78% respecto al 57,89% del Sector. (anexo II) En el aumento en intervención tabáquica y detección ha contribuido entre otros factores como la formación, la implicación de MAC y EAC ya que al estar preferentemente en horario de tardes noches, se ha podido llegar a población joven, estudiantes, trabajadores que no suelen ir a consulta habitual de mañana.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1352 ===== ***

Nº de registro: 1352

Título
DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE MUNIESA

Autores:
FESSENDEN GOMEZ JESSICA, MALLEN EDO MARTA, QUILEZ ROYO SILVIA, DE MINGO USON MIGUEL ANGEL, NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA, TOMAS LIZANO CARLOS, VILLANUEVA CABRERA ALEX, BARA GALLARDO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1352

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL C.S.MUNIESA

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
Es habitual que el diagnóstico de la enfermedad obstructiva crónica se realice cuando el paciente está sintomático o a raíz de un ingreso. El reto desde atención primaria es hacerlo en fases precoces en pacientes con factores de riesgo, cuando el consejo antitabáquico es la mejor medida para evitar la evolución de la EPOC. Se da la circunstancia de que los pacientes fumadores suelen ser más jóvenes que los que vienen a las consultas y son más frecuentadores del horario de atención continuada, por lo que son más difíciles de captar y habrá que diseñar estrategias que nos permitan abordar las tareas de detección en estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- * Incrementar la detección de EPOC en pacientes fumadores entre 40 y 80 años
- * Realizar consejo antitabáquico intensivo en los pacientes detectados, con la finalidad de conseguir el abandono del hábito

MÉTODO

- * Sesión sobre consejo antitabáquico y la estrategia de EPOC en el centro
- * Implicación a los MAC y EAC en la detección, incluyendo en la evaluación individual de su contrato de gestión los indicadores de detección de tabaquismo, intervención sobre tabaquismo, y % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años
- * Calibración regular del espirómetro demostrada por la cumplimentación del registro

INDICADORES

- % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años
- Indicadores del contrato: detección del tabaquismo e intervención sobre tabaquismo
- % de pacientes epoc fumadores detectados que han abandonado el hábito de fumar a los seis meses.

DURACIÓN

- * Mayo-Junio: rotación del enfermero/a en Alcañiz
- * Junio: sesión sobre consejo antitabáquico
- * Junio-Diciembre: Implementación del programa
- * Cuatrimestralmente: recepción y análisis de los indicadores remitidos desde dirección de atención primaria del sector con realización de acciones de mejora si procede.
- * Enero 2017: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1353

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL DE MINGO USON
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERREIRA PAESA JORGE FRANCISCO
QUILEZ ROYO SILVIA
NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA
FESSENDEN GOMEZ JESSICA
MORT GUIU CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Gestión de indicadores: El coordinador del centro y la coordinadora de calidad han mostrado cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos.

- Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar. Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.

- Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo.

Tras las revisiones cuatrimestrales se han desarrollado las siguientes acciones de mejora:

Planes de cuidados en EPOC. Sesión con enfermería para cuidado del paciente EPOC

Sesión sobre pie diabético..

Sesión sobre el plan de conocimientos deficientes en diabetes..

2. Actividades relacionadas con los procedimientos ISO. Se referencian en el apartado de resultados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Estos son los resultados comparativos con 2016:

INTERVENCIÓN TABAQUISMO: 2016 80,62% 2017 92,78%
MEJORA ABSOLUTA 12,16%
DETECCIÓN TABAQUISMO: 2016 78,09% 2017 83,45%
MEJORA ABSOLUTA 5,36%
RCV: 2016 88,64% 2017 89,96%
MEJORA ABSOLUTA 1,32%
EPOC SINTOMAS: 2016 62,96% 2017 69,93%
MEJORA ABSOLUTA 6,97%
EPOC VIAS AEREAS: 2016 11,1% 2017 53,85%
MEJORA ABSOLUTA 42,75%
CAPTACIÓN DEPENDIENTE: 2016 24,78% 2017 14,27%
MEJORA ABSOLUTA -10,51%
RIESGO DE CAIDAS: 2016 48,39% 2017 88,89%
MEJORA ABSOLUTA 40,5%
NORTON: 2016 43,48% 2017 66,67%
MEJORA ABSOLUTA 23,19%

EN CUANTO A DIABETES:

RIESGO DEL PIE: 2016 29,46% 2017 57,60%
MEJORA ABSOLUTA 28,14%
HBA1C CADA 6 MESES: 2016 46,04% 2017 52,83%
MEJORA ABSOLUTA 6,79%
CONOCIM. EN DIABETES: 2016 61,63% 2017 55,66%
MEJORA ABSOLUTA -5,97%
MICROALBUMINURIA HECHA: 2016 62,84% 2017 83,96%
MEJORA ABSOLUTA 21,12%
GFR HECHO: 2016 49,81% 2017 77,36%
MEJORA ABSOLUTA 27,55%
PRESIÓN ARTERIAL TOMADA: 2016 58,24% 2017 77,36%
MEJORA ABSOLUTA 19,12%
LDL COL. HECHA: 2016 68,49% 2017 83,05%
MEJORA ABSOLUTA 14,56%
EXPLORACIÓN DEL PIE: 2016 44,83% 2017 74,53%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1353

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 ATENCION PRIMARIA

MEJORA ABSOLUTA 29,7%

REGISTRO DE HIPOGLUCEMIA: 2016 49,8% 2017 56%

MEJORA ABSOLUTA 6,2%

Los indicadores de tabaquismo se desarrollan en proceso aparte, que como vemos han mejorado sensiblemente. También los indicadores de EPOC han mostrado mejoría sensible así como los del paciente dependiente. Han mejorado los indicadores del paciente dependiente sensiblemente aunque la captación ha caído 10 puntos.

En cuanto a diabetes de la exploración del pie ha mejorado un 30% respecto a 2016. La cobertura de glicada supera el 50%, aunque hay margen de mejora. El resto de coberturas analíticas está cercano al 80%. Sin embargo el registro del plan personal de conocimientos deficientes ha empeorado, lo que habrá que tratar el año 2018.

En indicadores de farmacia, los objetivos de prescripción de antibióticos en pediatría se han cumplido en un 96% en el caso de otitis media y un 97% en faringoamigdalitis estreptocócica. También destacamos una mejora de 5 puntos en la selección eficiente de estatinas (83,8%), mientras que el resto se mantienen del año anterior cumpliendo estándares mínimos y a escasa distancia del estándar excelente.

En cuanto a los procedimientos básicos de ISO se han revisado en auditoria interna y se ha hecho la revisión por la dirección.

- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. La auditoría interna destacó la buena implementación del procedimiento de almacenes y botiquines. No se han detectado problemas en 2017

- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave. Se ha resaltado el buen desempeño en la auditoría interna.

- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos. La auditoría interna señaló la falta de algún equipamiento en el material de urgencias (mascarillas laríngeas), ya repuesto y la ausencia de palas pediátrica en el laringoscopio.

- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente. 20 incidencias registradas que han dado lugar a acciones de mejora. Destaca la recepción de una dosificación de Sintrom desde hematología de Alcañiz 10 veces superior a la que necesitaba la paciente por un error de digitación. Como ya había ocurrido algo similar hace años, el centro ya había desarrollado un procedimiento de entrega del informe de anticoagulación que incluye la revisión previa por el enfermero del centro que detectó el problema.

- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas. Se ha llevado a cabo el plan de formación establecido.

- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones. En la auditoría se evidenció que no se había revisado el electrobisturí desde hace más de un año. Además se puso en marcha la actividad de calibración del espirómetro, ya que se disponía de jeringa de calibración en el centro pero no se utilizaba. Se produjo una muerte fetal intraútero que no fue detectada en el centro por la matrona debido a que carecía de doppler feta. Se detectó un mes después en el hospital y pudo haber tenido consecuencias para la madre. En estos momentos se dispone ya de doppler fetal.

- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura. Se ha desarrollado sin problemas

9. Revisión por la dirección: se ha realizado con fecha del 30/10/2017. Incluye la evaluación de la encuesta de satisfacción con buenos resultados.

10. Auditoría interna: 31/6/17. Se destaca el buen control de almacenes y botiquines y de la esterilización. Sus hallazgos han dado lugar a los siguientes proyectos de mejora:

- El laringoscopio solo tiene un tipo de palas: de adulto
- Solicitud a mantenimiento de la revisión del electrobisturí.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La sistemática ISO sigue implantada sin problemas, habiendo incrementado la seguridad clínica de la atención prestada. Su desarrollo se ha asentado dentro de las tareas del equipo con normalidad sin interferir en el desarrollo de las actividades asistenciales puras. Se mantiene la implicación del equipo en la gestión por objetivos que siguen mejorando cada año, aunque este año se han mostrado algunos puntos débiles.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1353

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1353

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 ATENCION PRIMARIA

***** ***

Nº de registro: 1353

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
DE MINGO USON MIGUEL ANGEL, QUILEZ ROYO SILVIA, TOMAS LIZANO CARLOS, MALLÉN EDO MARTA, FESSENDEN GOMEZ JESSICA, NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA, VILLANUEVA CABRERA ALEX, MORT GUIU CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El centro de salud de Muniesa está certificado desde el año 2010 con norma ISO 9001:2008. En los últimos años hemos perdido un médico de los cuatro que éramos en una zona de elevada dispersión poblacional que exige mucho tiempo de desplazamiento. En nuestro proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. Nuestro reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente sobre ellos. Además este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

RESULTADOS ESPERADOS
Detectar e intervenir precozmente sobre los problemas o riesgos detectados en nuestros centros de salud, documentando nuestras actividades de forma regular.

Renovar la certificación ISO 9001 en el año 2017

MÉTODO
- Gestión de indicadores: El coordinador del centro y el coordinador de calidad mostrarán cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del salud y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes;
o Planes personales en enfermería: sesión sobre registro de los planes personales nuevos
o Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios
o Implantación del doppler
o Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar (los últimos). Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.
o Eficiencia en visitas: Implantación de CONSULTA NO PRESENCIAL y sesión clínica DEJAR DE HACER PARA PODER HACER (sesión clínica)
o Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo (Realizar con Arantza).
- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes
- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.
- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1353

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 ATENCION PRIMARIA

- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente
- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas
- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones
- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura
- Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.
- Una vez al año somos auditados por un auditor del salud, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan
- Cuando procede somos auditados externamente

INDICADORES

Mantenimiento de la certificación ISO

Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

DURACIÓN

- * Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.
- * Mayo: revisión por la dirección
- * Junio-Septiembre: auditoría interna
- * Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones

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 - 2016/1354

1. TÍTULO

INFORMACION SOBRE ANTICONCEPCION EN LA POBLACION MUSULMANA DEL CS MUNIESA

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE PATRICIA REPOLLES PERALTA
· Profesión MATRONA
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Charla informativa sobre el uso de metodos anticonceptivos a la poblacion musulmana en Centro Social de Muniesa.

Los temas a tratar en dicho taller serán los siguientes.

En el taller se realizará con la ayuda de una presentación Power- Point y con los distintos Métodos Anticonceptivos de forma física para que las participantes los puedan ver y tocar. Se adjunta información en árabe.

1. INTRODUCCIÓN/PRESENTACION

2. CICLO REPRODUCTOR DE LA MUJER

3. METODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES

Método del calendario de Ogino, temperatura, moco cervical . Efectividad

4. METODOS ANTICONCEPTIVOS BARRERA

Preservativo masculino y femenino

Diafragma

Efectividad

5. METODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Anticonceptivos Hormonales Combinados

Anticonceptivos Hormonales Sólo Progesterona

Efectividad

6. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

DIU Mirena

DIU Cobre

Efectividad

7. MÉTODOS IRREVERSIBLE

Ligadura de Trompas y Vasectomia

Efectividad

8. PREGUNTAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Ningun resultado alcanzado a causa de la no asistencia de público a la charla.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es muy difícil llegar a la población musulmana por la diferencia cultural existente .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1354 ===== ***

Nº de registro: 1354

Título

INFORMACION SOBRE ANTICONCEPCION EN LA POBLACION MUSULMANA DEL CS MUNIESA

Autores:

REPOLLES PERALTA PATRICIA, SANCHEZ GIMENO JAVIER, BARA GALLARDO MARIA JESUS, GUIU MORTE CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1354

1. TÍTULO

INFORMACION SOBRE ANTICONCEPCION EN LA POBLACION MUSULMANA DEL CS MUNIESA

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El centro de salud de Muniesa tiene un % importante de población de origen magrebí. Por razones culturales, las mujeres de este colectivo suelen tener menos información que la población general sobre los métodos anticonceptivos.

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar el conocimiento de métodos anticonceptivos en la población musulmana

MÉTODO

Actividad formativa a la comunidad a cargo de la matrona del centro de salud

INDICADORES

% de mujeres asistentes

DURACIÓN

Ente junio y Octubre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1458

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ANA DEL GALLEGO MOLIAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDERROBRES
· Localidad VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACAMBRA ORGILLES ELENA
GRANERO LAZARO CARMEN
ROQUETA CALVO ELADIO
ASENSIO VICENTE CARMEN
SAURA MESTRE LIDIA
FIGUEROLA FALCO SANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se presentaron los resultados del año anterior y se priorizaron acciones de mejora en los siguientes aspectos:
Tabaquismo: recordatorio del proceso de intervención en tabaquismo. Inclusión de los EAC y MAC en la actividad de detección e intervención de tabaquismo.

Diabetes: se consideró que el mayor problema del centro de salud era la existencia de un cupo con más de 2000 TIS con un enfermero que además es enfermero de pediatría, con lo que difícilmente podría alcanzar las coberturas previstas de diabetes y esto lastraba al centro. Por ello se decidió crear, de forma transitoria, hasta que el cupo grande se desdoble, una consulta de diabetes los jueves en el Centro Salud en horario de 13:30-15:00 dando prioridad a los que presenten algún factor de riesgo. Cada jueves ha pasado por la consulta un enfermero del equipo mediante un turno de trabajo rotatorio. Se les realizó una cumplimentación de su historia clínica, exploración, diagnóstico y prevención del pie, y acciones formativas para fomentar el autocuidado. La consulta se aprovechó también para solicitar analíticas faltantes. Si cumplen criterios se realizaría un índice tobillo-brazo.

Se realizó sesión sobre el plan de cuidados en epoc con Taller de Espirometrias.

Realizamos 3 sesiones clínicas: 1 sobre Pie diabetico y 2 para manejo del Cuadro de mandos de Diabetes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Riesgo del Pie Diabetico: mejora absoluta 13,43, Hemoglobina glicosilada : mejora absoluta 15.59, conocimientos en diabetes mejora absoluta : 9, microalbuminuria: mejora absoluta: 24,58, GFR mejora absoluta: 31.45, TA mejora absoluta: 4,66, LDL mejora absoluta: 24,18, Exploracion del pie mejora absoluta: 13.98, registro de hipoglicemia mejora absoluta: 10.

Pacientes diabéticos mayores de 50 años con realización de índice tobillo brazo 31% (estándar excelente primer año: 30%)

Como podemos ver se ha producido una mejora sensible sobre todo en la cobertura analítica de diabetes y en la evaluación del pie diabético, en general en todos los indicadores de diabetes, además de alcanzar la cobertura propuesta en ITB por la dirección.

La mejora en tabaquismo ha sido también importante en los dos indicadores.

También se ha aumentado sensiblemente en la cumplimentación de los planes personales de EPOC lo que es de valorar teniendo en cuenta que aquí no se ha colaborado con el cupo grande como en el resto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo en equipo ha compensado este año los problemas estructurales del equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1458

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

La introducción de la cultura de gestión de indicadores está cambiando las dinámicas en el equipo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1458 ===== ***

Nº de registro: 1458

Título
GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Autores:
DEL GALLEGO MOLIAS ANA, ZAPATER MONSERRAT MATILDE, LACAMBRA ORGILLES ELENA, GRANERO LAZARO CARMEN, ROQUETA CALVO ELADIO, CARMEN ASENSIO VICENTE, SAURA MESTRE LIDIA, SALES BUJ ARANTXA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDERROBRES

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores del año 2016 han presentado un resultado del 43,59 % de los puntos del contrato, una puntuación mejorable. Si analizamos por cupos en enfermería observamos gran heterogeneidad, existiendo 3 cupos de buen desempeño con el resto por debajo del 50% y uno por debajo del 10%. Hay que señalar que hay un cupo con más de 2000 TIS adscritas que además atiende pediatría dado que se comparte el pediatra con otro centro de salud y que por tanto consideramos lógico que se produzcan estos resultados teniendo en cuenta la elevada presión asistencial. Estamos pendientes de la creación de una nueva consulta que parta este cupo, para lo que se necesita reformar el centro de salud (esperamos que en 2018). Los problemas se han localizado en la cumplimentación de los planes de cuidados de enfermería el tabaquismo y el riesgo cardiovascular. La implantación de la evaluación con doppler de los pacientes diabéticos estaba comenzando en Enero de 2017 obteniendo un resultado inferior al 5%. Se ha proporcionado un espirómetro recientemente, por lo que esperamos que se vaya incrementado la cobertura de pacientes fumadores con espirometrías. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Valderrobres.

MÉTODO

Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
Sesiones clínicas sobre los problemas en indicadores priorizados por el grupo, ya sea en planes de cuidados de enfermería, prescripción o cualquier otro indicador que se prorice.
Creación de consulta de pie diabético, de forma transitoria, hasta que el cupo grande se desdoble. Los jueves en el Centro Salud Valderrobres en horario de 13:30-15:00 se abrirá una agenda para atender a los pacientes diabéticos, en primer lugar los que presenten algún factor de riesgo. Se les realizará una cumplimentación de su historia clínica, exploración, diagnóstico y prevención del pie, y acciones formativas para fomentar el autocuidado. La consulta se aprovechará también para aquellos pacientes que no tengan controlada la HbA1c se les pedirá una analítica . Si cumplen criterios se realizará un índice tobillo-brazo. Cada jueves pasará por la consulta un enfermero del equipo por lo que se constituirá un turno de trabajo rotatorio.

Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería

Implicación de MAC Y EAC en indicadores de tabaquismo y riesgo cardiovascular, que se incluirán en su valoración intracentro.

Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.

Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1458

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se identificarán los indicadores que van por debajo del estándar, se analizarán las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se propondrán acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

DURACIÓN

Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.

Junio-Noviembre: Sesiones clínicas sobre los indicadores priorizados. Manejo del cuadro de mando de diabetes y del contrato de gestión.

Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora

Enero 2017: Evaluación 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 - 2016/1458

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ANA DEL GALLEGO MOLIAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDERROBRES
· Localidad VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRANERO LAZARO CARMEN
GIMENO BALLONGA ANA MARIA
ZAPATER MONSERRAT MATILDE
LORENTE CARPIO JOSE MANUEL
SAURA MESTRE LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Presentamos los datos del año anterior y se priorizaron acciones de mejora en los siguientes aspectos: Tabaquismo: recordatorio del proceso de intervención del Tabaquismo. Inclusión del los MAC y EAC en la actividad de intervención y detección del tabaquismo. Diabetes: continuamos con la consulta de diabetes los jueves de 13.30-15.00h en el centro de salud. Taller de espirometrias los lunes de 9-11h, sobre el Plan de cuidados del EPOC.

Realizamos 2 sesiones clínicas : 1 sobre Pie Diabetico y otra de Manejo de Cuadro de Diabetes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Riesgo del Pie Diabetico: mejora absoluta 2.12, Exploración del pie: mejora absoluta 6.91, Detección del Tabaquismo: mejora absoluta 2.82.
Resto de parámetros evaluados hemos bajado o nos hemos mantenido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos queda mucho por mejorar, sobre todo en los cupos mas grandes.

Iniciamos el proyecto en 2016 y durante el 1º año de realizacion obtuvimos una importante mejora, que durante este 2º año no ha sido tan evidente, con lo que decidimos cerrar el proyecto aunque desde el centro de Salud seguiremos trabajando en ello para mejorar los Objetivos del contrato de Gestion.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1458 ===== ***

Nº de registro: 1458

Título
GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Autores:
DEL GALLEGO MOLIAS ANA, ZAPATER MONSERRAT MATILDE, LACAMBRA ORGILLES ELENA, GRANERO LAZARO CARMEN, ROQUETA CALVO ELADIO, CARMEN ASENSIO VICENTE, SAURA MESTRE LIDIA, SALES BUJ ARANTXA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDERROBRES

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores del año 2016 han presentado un resultado del 43,59 % de los puntos del contrato, una puntuación mejorable. Si analizamos por cupos en enfermería observamos gran heterogeneidad, existiendo 3 cupos de buen desempeño con el resto por debajo del 50% y uno por debajo del 10%. Hay que señalar que hay un cupo con más de 2000 TIS adscritas que además atiende pediatría dado que se comparte el pediatra con otro centro de salud y que por tanto consideramos lógico que se produzcan estos resultados teniendo en cuenta la elevada presión

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1458

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

asistencial. Estamos pendientes de la creación de una nueva consulta que parta este cupo, para lo que se necesita reformar el centro de salud (esperamos que en 2018). Los problemas se han localizado en la cumplimentación de los planes de cuidados de enfermería el tabaquismo y el riesgo cardiovascular. La implantación de la evaluación con doppler de los pacientes diabéticos estaba comenzando en Enero de 2017 obteniendo un resultado inferior al 5%. Se ha proporcionado un espirómetro recientemente, por lo que esperamos que se vaya incrementado la cobertura de pacientes fumadores con espirometrías. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Valderrobres.

MÉTODO

Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
Sesiones clínicas sobre los problemas en indicadores priorizados por el grupo, ya sea en planes de cuidados de enfermería, prescripción o cualquier otro indicador que se pronostica.
Creación de consulta de pie diabético, de forma transitoria, hasta que el cupo grande se desdoble. Los jueves en el Centro Salud Valderrobres en horario de 13:30-15:00 se abrirá una agenda para atender a los pacientes diabéticos, en primer lugar los que presenten algún factor de riesgo. Se les realizará una cumplimentación de su historia clínica, exploración, diagnóstico y prevención del pie, y acciones formativas para fomentar el autocuidado. La consulta se aprovechará también para aquellos pacientes que no tengan controlada la HbA1c se les pedirá una analítica. Si cumplen criterios se realizará un índice tobillo-brazo. Cada jueves pasará por la consulta un enfermero del equipo por lo que se constituirá un turno de trabajo rotatorio.

Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería
Implicación de MAC Y EAC en indicadores de tabaquismo y riesgo cardiovascular, que se incluirán en su valoración intracentro.
Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se identificarán los indicadores que van por debajo del estándar, se analizarán las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se propondrán acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

DURACIÓN

Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
Junio-Noviembre: Sesiones clínicas sobre los indicadores priorizados. Manejo del cuadro de mando de diabetes y del contrato de gestión.
Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
Enero 2017: Evaluación 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 - 2016/1458

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ANA DEL GALLEGO MOLIAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDERROBRES
· Localidad VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRANERO LAZARO CARMEN
GIMENO BALLONGA ANA
ZAPATER MONSERRAT MATILDE
LORENTE CARPIO JOSE MANUEL
DOMINGO NOVELLA PABLO
SAURA MESTRE LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realizamos entre 3-4 Sesiones Clinicas al año recordando al equipo como van nuestros Indicadores y en que podemos mejorar nuestra Practica Clinica. Ademas solventamos entre todos posibles dudas al manejar el Cuadro de Mnados. Diabetes, continuamos con la consulta de Diabetes Martes y Jueves de 13,30-15,00h.. Taller de Espirometrias los lunes de 9-11h.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

	Año 2019	Año 2018	
Intervencion Tabaco	80,5	69,61	
Riesgo Cardiovascular	75,75	69,01	
EPOC Sintomas	84,78	31,37	
Captacion Dependiente	11,87	9,72	
Norton	87,7	77,27	
Deteccion Tabaco	55,58	44,76	
Diabetes Pie de Riesgo	73,61	44,49	
Primovacunacion	93,94	97,78	
EPOC Vias Aereas	69,57	25,49	
Valoracion Riesgo de Caidas		90,38	88,1
Valoracion Zarit	84,44	62,5	
Prevalencia de EPOC	1,77	2,02	
Diabetes Revision Glicada		76,95	45,63
Prevencion de Accidentes		68,18	64,63
Diabetes Conocimientos		82,22	43,09
Polimedicado	73,61	40,27	

Datos Obtenidos del Cuadro de Mandos comparando los años 2018 y 2019 segun los Objetivos del Contrato de Gestion de AP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante este Año 2019, nos hemos esforzado mucho todo el Equipo del Centro de Salud y nos hemos involucrado para conseguir mejorar nuestros Indicadores lo que se ha visto reflejado en casi todos los Datos de los Indicadores mejorando considerablemente. Finalizamos ya nuestro Proyecto aunque continuaremos trabajando para intentar mejorar los Objetivos del Contrato de Gestion.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1458 ===== ***

Nº de registro: 1458

Título
GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Autores:
DEL GALLEGO MOLIAS ANA, ZAPATER MONSERRAT MATILDE, LACAMBRA ORGILLES ELENA, GRANERO LAZARO CARMEN, ROQUETA CALVO ELADIO, CARMEN ASENSIO VICENTE, SAURA MESTRE LIDIA, SALES BUJ ARANTXA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDERROBRES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1458

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores del año 2016 han presentado un resultado del 43,59 % de los puntos del contrato, una puntuación mejorable. Si analizamos por cupos en enfermería observamos gran heterogeneidad, existiendo 3 cupos de buen desempeño con el resto por debajo del 50% y uno por debajo del 10%. Hay que señalar que hay un cupo con más de 2000 TIS adscritas que además atiende pediatría dado que se comparte el pediatra con otro centro de salud y que por tanto consideramos lógico que se produzcan estos resultados teniendo en cuenta la elevada presión asistencial. Estamos pendientes de la creación de una nueva consulta que parta este cupo, para lo que se necesita reformar el centro de salud (esperamos que en 2018). Los problemas se han localizado en la cumplimentación de los planes de cuidados de enfermería el tabaquismo y el riesgo cardiovascular. La implantación de la evaluación con doppler de los pacientes diabéticos estaba comenzando en Enero de 2017 obteniendo un resultado inferior al 5%. Se ha proporcionado un espirómetro recientemente, por lo que esperamos que se vaya incrementado la cobertura de pacientes fumadores con espirometrías. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Valderrobres.

MÉTODO

Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
Sesiones clínicas sobre los problemas en indicadores priorizados por el grupo, ya sea en planes de cuidados de enfermería, prescripción o cualquier otro indicador que se prorice.
Creación de consulta de pie diabético, de forma transitoria, hasta que el cupo grande se desdoble. Los jueves en el Centro Salud Valderrobres en horario de 13:30-15:00 se abrirá una agenda para atender a los pacientes diabéticos, en primer lugar los que presenten algún factor de riesgo. Se les realizará una cumplimentación de su historia clínica, exploración, diagnóstico y prevención del pie, y acciones formativas para fomentar el autocuidado. La consulta se aprovechará también para aquellos pacientes que no tengan controlada la HbA1c se les pedirá una analítica . Si cumplen criterios se realizará un índice tobillo-brazo. Cada jueves pasará por la consulta un enfermero del equipo por lo que se constituirá un turno de trabajo rotatorio.

Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería

Implantación de MAC Y EAC en indicadores de tabaquismo y riesgo cardiovascular, que se incluirán en su valoración intracentro.

Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.

Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se identificarán los indicadores que van por debajo del estándar, se analizarán las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se propondrán acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

DURACIÓN

Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.

Junio-Noviembre: Sesiones clínicas sobre los indicadores priorizados. Manejo del cuadro de mando de diabetes y del contrato de gestión.

Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
Enero 2017: Evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1458

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

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 - 2016/1459

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICACIA DEL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MATILDE ZAPATER MONSERRAT
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDERROBRES
· Localidad VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GALLEGO MOLIAS ANA
BETRAN LACASTA CRISTINA
GIMENO BALLONGA ANA MARIA
BAYOD GIL FRANCISCO
BERNAD ARCUSA PEDRO
MARCO MARCO LUIS
GONZALEZ ZURITA MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Reuniones equipo todos los martes de 13,30 a 15,00 con obligatoriedad de asistencia tanto al equipo de medicina como al de enfermería, pediatría y administración.
2.- Las reuniones han tenido como objetivo mejorar la comunicación entre todos los profesionales, que en nuestro caso presenta una dificultad añadida, ya que la mayor parte del equipo tiene su puesto de trabajo localizado fuera del dentro de salud.
3.- Los aspectos más relevantes que se han tratado en estas reuniones son.
- Implicar permanentemente a todo el personal el mejora continua del todo lo concerniente al funcionamiento del centro.
- Se adquiere por todo el equipo el compromiso de mejorar el registro de diagnósticos para acercarnos a lo esperado por las características de la población.
- Puesta en marcha de la cita no presencial, con la adaptación de las agendas de OMI, incluyendo entre 3 y 5 huecos de la consulta a pacientes que demanden atención telefónica.
- Puesta en marcha de la consulta virtual del las derivaciones al especialista con sesiones clínicas explicando el funcionamiento de las citas virtuales .
-Con el fin de adaptarnos a la estrategia del SALUD en eficiencia en farmacia se realizan sesiones clínicas cuatrimestrales, mostrando los resultados del centro y proponiendo alternativas de prescripción. Con sesiones específicas en uso eficiente de estatinas, actualización del EPOC, antidiabéticos..

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No disponemos de datos oficiales de los porcentajes de mejora en lo referente a la consulta virtual .Los resultados de consulta no presencial que tenemos solo llegan ahora a septiembre. Si cogemos septiembre como mes que más probablemente tenga consultas no presenciales (ya que a principio de año no había el resultado del indicador para enfermería (% de consultas no presenciales respecto a presenciales) nos da un resultado del 0,09% (solo 2 en todo el mes) y en médicos el 2,54%. El estándar era del 10% en enfermería y el 5% en medicina. No sé si en meses posteriores mejoraría pero en septiembre el resultado no fue bueno.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En principio se opto por un proyecto de mejora final, pero con los datos obtenidos decidimos transformarlo en un proyecto de seguimiento por que pensamos que respecto a la interconsulta virtual y la consulta no presencial podemos conseguir mejores resultados si se hace un proyecto continuado a medio plazo en colaboración de todo el equipo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1459 ===== ***

Nº de registro: 1459

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

Autores:
ZAPATER MONSERRAT MATILDE, DEL GALLEGU MOLIAS ANA, BETRAN LACASTA CRISTINA, GIMENO BALLONGA ANA MARIA, BAYOD GIL FRANCISCO, BERNAD ARCUSA PEDRO, MARCO MARCO LUIS, GONZALEZ ZURITA MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDERROBRES

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1459

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICACIA DEL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Valderrobres hemos encontrado varios problemas: Una pirámide de población regresiva, mientras que tanto en peso medio de ACGs como en GMAs se está por debajo de lo esperado para esta pirámide por lo que sospechamos que tenemos un problema de registro diagnóstico. El indicador de eficiencia en visitas ajustado por ACGs nos muestra que estamos por encima de lo esperado en Aragón. En nuestro caso la implantación de la consulta no presencial puede ser de utilidad. La eficiencia en farmacia ajustado por ACGs están por encima del estándar. Cumplimos el estándar en derivaciones

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs. Mejorar los tres indicadores de eficiencia ajustado por ACGs. Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Valderrobres.

MÉTODO

Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro. Eficiencia en visitas. Consulta no presencial: Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas. Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa. Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD. Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

Derivaciones: Implantación de la interconsulta virtual en el centro de salud de Valderrobres. Eficiencia en farmacia: Se realizarán sesiones clínicas cuatrimestrales mostrando los resultados del centro, con exposición de las moléculas de mayor gasto, proponiendo alternativas de prescripción posibles en consonancia con las líneas estratégicas de SALUD. Se levantará acta de las reuniones.

INDICADORES

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría
% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería
% Interconsultas Virtuales del total de las derivaciones
% de interconsultas resueltas de forma no presencial del total de las derivaciones realizadas
Indicadores de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia, visitas y derivaciones.

DURACIÓN

Mayo-Junio: sesiones clínicas
Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores
Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1460

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS MALETINES DE URGENCIAS, CARRO DE PARADA DE LA SALA DE URGENCIAS Y EQUIPAMIENTO DEL VEHICULO DEL C.S.VALDERROBRES

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ELENA LACAMBRA ORGILLES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VALDERROBRES
· Localidad VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BETRAN LACASTA CRISTINA
BURRIEL AGUDO OSCAR
BIDEGAIN RAMIREZ CRISTINA
FIGUEROLA FALCO SANDRA
GRANERO LAZARO CARMEN
LASALA CONTE IBANA
ZAPATER MONSERRAT MATILDE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se formó un equipo de trabajo con médicos y enfermeras para poner en marcha el proyecto.
2. Se redactó un listado con la relación de materiales y número de componentes de cada maletín de urgencias, carro de parada y vehículo, que estábamos utilizando.
3. Se informó al resto del personal sanitario del centro de la creación del grupo y del proyecto de mejora y se facilitó un correo para que cada integrante del centro pusiera sus sugerencias, sus quejas,...
4. Basándonos en el procedimiento de organización del material de urgencias del sector, revisando bibliografía e incluyendo las sugerencias del resto de profesionales se comenzó a redactar lo que debería llevar y en qué número cada maletín, carro de parada y vehículo.
5. Se hizo un pedido de los componentes que nos faltaba: frontales, linterna, ..
6. Con los nuevos listados se reestructuró los maletines para que fueran más eficaces y ligeros y del agrado de todos los profesionales. Así como adecuar el carro de parada de la sala de urgencias y el vehículo del centro. Se imprimió los listados y se dejó colgados en el corcho para que estuvieran al alcance de todos los miembros del centro.
7. Se informó de los cambios a todos los profesionales del centro y se dejó un tiempo para la habituación.
8. Se precintaron los maletines y carro de parada. Se creó una hoja de verificación para rellenar al inicio de la guardia donde se revisa gasolina, batería móvil, desfibrilador cargado, maletines precintados, bala oxígeno del coche óptima y donde poder poner incidencias.
9. Se estableció tres tipos de mantenimiento: después de cada uso se repondrá lo utilizado y se volverá a precintar, revisión al empezar la guardia a través de la hoja de verificación y mensual el día 1 de cada mes para limpieza y revisión de caducidades y correcto estado de conservación.
10. Se hizo una reunión con el personal de enfermería para informar sobre los cambios y fin de proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Mejora del grado de satisfacción de los profesionales con respecto a los maletines, carro y vehículo.
- Hay un incremento de conocimiento del material y medicación que disponemos.
- Disminución del número de incidencias encontradas en cada guardia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se deja establecido el grupo de mejora para revisión de las incidencias encontradas, poder adecuar los maletines, carro y vehículo en cualquier momento con nuevos materiales y medicaciones que pueden aparecer y servir de referencia para las sugerencias del resto de profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1460 ===== ***

Nº de registro: 1460

Título
OPTIMIZACION DE LOS MALETINES DE URGENCIAS, CARRO DE PARADA DE LA SALA DE URGENCIAS Y EQUIPAMIENTO DEL VEHICULO DEL C.S. VALDERROBRES

Autores:
LACAMBRA ORGILLES ELENA, BURRIEL AGUDO OSCAR, BETRAN LACASTA CRISTINA, FIGUEROLA FALCO SANDRA, LACUESTA DE CASTRO JAVIER, BIDEGAIN RAMIREZ CRISTINA, LASALA CONTE IBANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDERROBRES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1460

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS MALETINES DE URGENCIAS, CARRO DE PARADA DE LA SALA DE URGENCIAS Y EQUIPAMIENTO DEL VEHICULO DEL C.S.VALDERROBRES

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Muchas de las actuaciones que se desempeñan en el centro de salud son asistencias de emergencia vital donde una rápida actuación es fundamental para unos resultados favorables. La American Heart Association establece el término de cadena de supervivencia refiriéndose a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. En esta cadena intervienen múltiples factores entre los que se encuentra los conocimientos y habilidades del profesional, lugar físico, medios disponibles, ... Dentro de esta cadena es igual de importante conocer los materiales, medicación y aparataje necesarios para dicha asistencia, su ubicación y su mantenimiento para que siempre estén listos para ser empleados. Las actuaciones que se realizan son tanto en el centro de salud como fuera de él, por lo que es necesario disponer de un carro de parada en la sala de urgencia y un maletín para la atención domiciliaria . Además es fundamental condicionar al vehículo para albergar materiales y aparatajes necesarios como puede ser bala oxígeno, ECG portátil, collarines... El C.S.Valderrobres carece de unos protocolos unificados y consensuados sobre el tema a tratar. Creemos necesario realizar un listado de lo que debe de contener el carro de paradas, maletines y vehículo dejando claro su ubicación más idónea para facilitar el trabajo al profesional y la reposición del posible material empleado. Protocolizar revisiones periódicas para comprobar que no falte nada y el buen estado del mismo. Crear a su vez unas hojas de registro donde se anote las revisiones y las posibles incidencias.

RESULTADOS ESPERADOS

Garantizar una prestación de calidad en la asistencia urgente a la población.
- Adecuar el contenido del carro de paradas de la sala de urgencias, maletines de urgencias y del vehículo del centro.
- Todo profesional sanitario conozca el contenido y ubicación de los materiales y medicaciones tanto del carro de paradas de la sala de urgencias, como de los maletines y de que equipamiento dispone el coche, así como su correcto funcionamiento y mantenimiento.
- Crear un protocolo que recoja el proceso de revisión y donde se pueda anotar las posibles incidencias.

MÉTODO

- 1 Crea un equipo formado por médico y enfermero para adecuar que medicaciones, materiales y aparatajes debe de contener carro, maletines y coche y donde es su óptima ubicación.
2. Elaborar un listado donde quede reflejado que fármacos y materiales debe de contener en qué cantidad y donde ubicar, así como que debe de contener el vehículo del centro.
3. Realizar una sesión informativa para dar a conocer el trabajo realizado al resto de los profesionales sanitarios que trabajan en el centro.
4. Precintar el carro de paradas con revisiones en cada turno de guardia del estado del precinto y revisiones trimestrales de su contenido.
5. Actividades de mantenimiento diario del maletín de urgencias (después de su uso y al comenzar la guardia).
6. Crear una hoja check-list donde facilite al profesional el chequeo del carro, maletines y vehículo.
6. Registro de incidencias

INDICADORES

- % de check-list rellenas
- % de incidencias encontradas en las check-list
- Grado de satisfacción de los profesionales sanitarios.

DURACIÓN

Inicio: julio 2017 - Finalización: octubre 2017.
- Evaluación de resultados y propuestas de mejora a nivel del equipo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1460

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS MALETINES DE URGENCIAS, CARRO DE PARADA DE LA SALA DE URGENCIAS Y EQUIPAMIENTO DEL VEHICULO DEL C.S.VALDERROBRES

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 - 2016/1512

1. TÍTULO

SALVAVIDAS

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE MATILDE GRANERO LAZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDERROBRES
· Localidad VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO BALLONGA ANA MARIA
GUERRERO VICENTE MARISOL
ROQUETA CALVO ELADIO
SAURA MESTRE LIDIA
DEL GALLEGO MOLIAS ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza el proyecto en las poblaciones de Fuentespalda y Rafales con la poblacion que quiso acudir a aprender el manejo de DEA ademas realizamos un repaso básico de primeros auxilios.
En Fuentespalda la realizaron Ana Gimeno y Eladio Roqueta y en Rafales Ana del Gallego y Carmen Granero.
Se pone un video para conocer el manejo del DEA en un caso real :

<https://youtu.be/z7wa36gOdG4>

Se realizan practicas con los asistentes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Acudieron a la actividad bastante poblacion de edad media y tambien un grupo de los colegios.
Los asistentes quedaron satisfechos con la actividad.

Pensamos realizar la misma actividad en otras poblaciones con DEA como Beceite y Herbés.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pensamos realizar la misma actividad en otras poblaciones con DEA como Beceite y Herbés.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1512 ===== ***

Nº de registro: 1512

Título
SALVAVIDAS

Autores:
DEL GALLEGO MOLIAS ANA, ZAPATER MONSERRAT MATILDE, GRANERO LAZARO CARMEN, GIMENO BALLONGA ANA MARIA, LACAMBRA ORGILLES ELENA, GUERRERO VICENTE MARISOL, ROQUETA CALVO ELADIO, SAURA MESTRE LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDERROBRES

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: ATENCION COMUNITARIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El proyecto esta destinado a toda la población, para capacitacion de los mismos ante casos de parada cardiorrespiratoris, enseñarles a como saber actuar, manejar el aparato DESA y a quien avisar.

Creemos importante la realización de este taller para enseñar a la población a usar el DESA, ya que durante las tardes el Servicio de Urgencias se encuentra en Valderrobres, al que pertenecen 12 pueblos anejos a los que nos tenemos que desplazar cuando estamos de guardia. Podria ocurrir, que cuando tenga lugar una parada cardiaca el Servicio de Urgencias se encuentre trabajando en otro pueblo, con lo que, podriamos tardar en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1512

1. TÍTULO

SALVAVIDAS

llegar un tiempo estimado de unos 30 minutos. La UVI mas cercana es la de Alcañiz.

RESULTADOS ESPERADOS

Concienciar a la población sobre la importancia de una actuación temprana ante un caso de parada cardiorrespiratoria.
Enseñar a realizar compresiones toracicas efectivas desde el momento que tiene lugar la parada.
Manejo del DESA, en los pueblos en los que se disponga..

MÉTODO

Las actividades a realizar son, en una primera fase, la elaboración de un proyecto en el que quede reflejado la Atención Comunitaria que se va a realizar.
En una segunda fase, concretar fecha con la población para realizar el taller.
Y en una tercera fase, evaluacion de la actividad, cuando haya pasado un tiempo desde la realización de la misma que consista en preguntar a la población que hacer ante un caso de parada cardiorrespiratoria y donde se localiza en cada pueblo el DESA.

El taller consistira en una parte teorica sobre la importancia de realizar un reanimacion cardiopulmonar desde el momento que se visualiza la parada hasta la llegada de los Sanitarios que consistira en un power-point y unos videos sencillos para enseñar a la población. Y una parte practica con muñecos para enseñar a realizar compresiones y manejo del desfibrilador semiautomático.

INDICADORES

Con los datos obtenidos se podran sacar conclusiones y cuestionar si se continua o no con la actividad, ya que el planteamiento inicial del proyecto es que tenga continuidad en el tiempo extendiendose a otros pueblos pertenecientes del CS de Valderrobres, ya tengan o no DESA.

DURACIÓN

Curso escolar, ya que lo queremos realizar en los colegios.
De septiembre del 2017- junio del 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1115

1. TÍTULO

INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ROBERTO GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLORENS PALANCA MARIA DOLORES
TURON ALCAINE JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto ha ampliado su alcance en 2018. Se han proporcionado espirómetros con jeringa de calibración a todos los centros, se han formado a enfermeras en todos los centros, las espirometrías se realizan por un número limitado de enfermeras para asegurar el mantenimiento de las habilidades. Se monitoriza cuatrimestralmente la petición de espirometrías en pacientes EPOC, el % de fumadores en los que se ha realizado intervención tabáquica y el % de pacientes en los que consta registro del hábito de fumar. Se ha incluido en la valoración individual del acuerdo de gestión de médicos y enfermeras (también en atención continuada). Se ha compartido la presentación en pwp sobre cuidados de vías respiratorias en paciente EPOC con los centros que no asistieron a la presentación el año anterior.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

24,9% de los pacientes fumadores tienen espirometría realizada en los últimos cinco años (en el inicio del proyecto en Enero de 2017 era el 16%). Todos los centros salvo uno están mejorando el indicador, aunque queda margen de mejora. En el proyecto presentado en 2017 poníamos un estándar mínimo del 20%. Prevalencia de EPOC: 2,52% (Estándar propuesto: 2,9%). Hay que señalar que desde que comenzamos el proyecto hemos pasado de una prevalencia de 1,49 al 2,52%.
% de pacientes fumadores en los que se ha realizado intervención sobre el tabaco: 60,91% (estándar que habíamos puesto 58%).
% de pacientes a los que se ha preguntado por el hábito de fumar: 47,89% (Estándar 50%)
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas en el último año: 40,20% (Objetivo 50%)
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC con intervención en limpieza ineficaz de las vías aéreas: 40,32% (Objetivo 50%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Al parecer, muchos compañeros no están registrando el resultado de la espirometría en el DGP correspondientes sino en texto, por lo que existe infrarregistro en el indicador de los pacientes con espirometría realizada en los últimos cinco años.
- En los centros rurales se señala que, con mucha frecuencia, los pacientes que viven fuera de la cabecera declinan la oferta de hacerse una espirometría por el desplazamiento.
- Prácticamente no ha variado el resultado de los indicadores de síntomas y limpieza ineficaz de vías aéreas respecto al año pasado. Tampoco el perfil de resultados en los centros. Nos proponemos visitar específicamente los centros de más bajo rendimiento, por segundo año consecutivo, para impartir la sesión. El proyecto continúa, seguimos mejorando pero queda mucho por hacer.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1115 ===== ***

Nº de registro: 1115

Título
INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1115

1. TÍTULO

INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO

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
En los últimos años disponemos de información sobre la prevalencia de EPOC en nuestro sector, a través de un indicador del CG. Según los resultados de 2016 en Septiembre estamos en torno a un 25% de la prevalencia esperada según el estudio EPISCAN. Si tenemos en cuenta que es posible que algunos de los diagnósticos sean pacientes asmáticos mal clasificados, el problema sería aún mayor. La impresión es que hay un importante infradiagnóstico: sólo se diagnostican los EPOCs avanzados con síntomas evidentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Parece que la implementación del programa de EPOC en Atención Primaria es muy mejorable. Nuestra hipótesis es que se hacen pocas espirometrías en los pacientes en riesgo de EPOC. Detección oportunista de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con ofrecimiento de realización de espirometría

MÉTODO
FORMACIÓN: Manejo del espirómetro (enfermería).
Diagnóstico EPOC (Médicos y enfermería). Abordaje del tabaquismo.
Diseño e impresión de cartel animando a la realización de la prueba para poner en las puertas de las consultas.

INDICADORES
-Definición del indicador: % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a los que se les ha hecho una espirometría en los últimos 5 años.
- Numerador: Pacientes fumadores entre 40 y 80 años ("FUMADOR=SÍ") (DGP "AA"= SI) a los que se ha hecho al menos una espirometría en los últimos 5 años
- Denominador: Pacientes fumadores ("FUMADOR=SÍ") (DGP "AA"= SI) entre 40 y 80 años
Aclaraciones:
1.Se incluirán como fumadores todos los pacientes que hayan contestado al menos una vez sí en los últimos 5 años.
2.El DGP "AA" se corresponde al campo "FUMADOR=SI/NO".

DURACIÓN
Este es un proyecto a desarrollar en los próximos cinco años.
-La formación en espirometrías ya se ha realizado
-Las sesiones del diagnóstico de EPOC y abordaje del tabaquismo se prepararán para el primer semestre
-Diseño de cartel: primer trimestre

OBSERVACIONES
Fuente de Datos: OMI-AP
Valor a alcanzar: 30 % de los pacientes en 2017
Límite Inferior 20%
Límite superior 30%

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 - 2016/1115

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA EPOC

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE MARIA TURON ALCAINE
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO
LLORENS PALANCA MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este es un proyecto que nació para tratar de incrementar la prevalencia de EPOC en el sector, que, según el cuadro de mando, en 2016 estaba en 2,5%. Posteriormente el proyecto fue ampliando su alcance para intentar mejorar globalmente el proceso de prevención y diagnóstico de la EPOC, realizando actividades específicas formativas sobre la identificación y registro de fumadores, así como sobre la intervención tabáquica. También, con la introducción de indicadores sobre el plan de cuidados de enfermería en EPOC se realizaron actividades formativas específicas en las que se abordó el interrogatorio y registro de los síntomas, así como el diagnóstico de limpieza ineficaz de vías aéreas. Se compraron espirómetros para todos los centros de salud y se han realizado actividades formativas sobre la realización de espirometrías, centralizando en una o dos enfermeras por centro la realización de espirometrías, y sobre el registro de los resultados de espirometría en OMI-AP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al terminar 2019, el 29,3% de los fumadores entre 40 y 80 años tienen espirometría realizada en los últimos 5 años (Al inicio del proyecto en Enero de 2017 estábamos en un 16%). Aunque la mejora absoluta ha sido de un 13% en tres años, y obtuvimos una mejora significativa en el inicio después de la compra de espirómetros, a partir del Verano de 2018 el resultado ha sido decepcionante ya que nos hemos estancado mejorando un 4% en año y medio. Parece que se hacen más espirometrías en los pacientes con síntomas. Estratificando por edad observamos que se han más espirometrías a los pacientes fumadores más mayores (60-80 años) con un cumplimiento del 35,89% que a los fumadores más jóvenes (40-60) con un cumplimiento 10 puntos menor (26,75). Es precisamente en este grupo de edad donde es más importante la detección precoz, donde menos se realiza.

La prevalencia de EPOC según el cuadro de mando está en 2,42% cuando en Diciembre de 2016 estaba en 2,57%. Sin embargo, hay que tener en cuenta que este indicador no mide realmente prevalencia, sino que solo entran en el numerador los pacientes EPOC que han acudido al centro en el año anterior. Por otra parte, al revisar con OMI-est los diagnósticos EPOC observamos quedan fuera todos los diagnósticos EPOC que no tienen registro de Tiffenau en el diagnóstico; teniendo en cuenta que, tradicionalmente, en la mayor parte de los diagnósticos de especializada no se ha informado de este dato, el resultado es que la mayoría de los diagnósticos de especializada se quedan fuera el indicador. Con los datos de un cupo de AP, si incluyéramos los pacientes de especializada que se han quedado fuera la prevalencia estaría ligeramente por encima del 5%, es decir el 50% de la prevalencia esperada según EPISCAN, infradiagnóstico que no anda lejos de la diferencia de la prevalencia real de diabetes, según cuadro de mando, respecto de la cobertura esperada de diabetes en el estudio di@betes.

Mejores resultados se han obtenido en los indicadores de prevención de EPOC, donde la actividad de detección de fumadores ha pasado de un 41,83% en 2017 a un 49,67% en 2019 (hemos pasado de ser el sector que menos preguntaba al tercer mejor sector), aunque en el año 2019 no hayamos mejorado los resultados de 2018 (mejora absoluta 7,8%). Es de resaltar que, a pesar de este incremento en la actividad de detección, el indicador de intervención sobre el tabaco en pacientes fumadores haya crecido durante este período, desde un 50,48% en 2016 a un 63,96% en Diciembre de 2019 (60,91% en 2018).

Resultados en planes de cuidados de EPOC: limpieza ineficaz de vías aéreas 44,6% (40,32% en 2018), síntomas 48,43% (40,2%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La intervención sobre el diagnóstico de EPOC mediante la compra de espirómetros en todos los centros, formación a enfermería en realización de espirometrías, actividades de formación sobre detección precoz y prevención de la EPOC y la monitorización con feedback trimestral de los indicadores han producido un efecto moderado alcanzando techo en tres años. Las espirometrías se hacen más en pacientes con síntomas, y en pacientes de más edad, en lugar de en jóvenes que es donde más indicado estaría la adopción medidas preventivas. No llega a calar la indicación de espirometría en pacientes en riesgo.

El indicador de prevalencia de EPOC de cuadro de mando infravalora la prevalencia real de EPOC ya que está dejando fuera a los pacientes diagnosticados en especializada. Estos datos bajos de prevalencia EPOC puede que estén desincentivando la actividad de detección precoz de EPOC.

Teniendo en cuenta que todos estos indicadores ya forman parte de los indicadores de salud y están en el contrato programa cerramos este proyecto ya que va ser monitorizado como parte de la actividad de implantación del contrato programa de ahora en adelante,

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1115

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA EPOC

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1115 ===== ***

Nº de registro: 1115

Título
INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

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
En los últimos años disponemos de información sobre la prevalencia de EPOC en nuestro sector, a través de un indicador del CG. Según los resultados de 2016 en Septiembre estamos en torno a un 25% de la prevalencia esperada según el estudio EPISCAN. Si tenemos en cuenta que es posible que algunos de los diagnósticos sean pacientes asmáticos mal clasificados, el problema sería aún mayor. La impresión es que hay un importante infradiagnóstico: sólo se diagnostican los EPOCs avanzados con síntomas evidentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Parece que la implementación del programa de EPOC en Atención Primaria es muy mejorable. Nuestra hipótesis es que se hacen pocas espirometrías en los pacientes en riesgo de EPOC. Detección oportunista de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con ofrecimiento de realización de espirometría

MÉTODO
FORMACIÓN: Manejo del espirómetro (enfermería).
Diagnóstico EPOC (Médicos y enfermería). Abordaje del tabaquismo.
Diseño e impresión de cartel animando a la realización de la prueba para poner en las puertas de las consultas.

INDICADORES
-Definición del indicador: % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a los que se les ha hecho una espirometría en los últimos 5 años.
- Numerador: Pacientes fumadores entre 40 y 80 años ("FUMADOR=SÍ") (DGP "AA"= SI) a los que se ha hecho al menos una espirometría en los últimos 5 años
- Denominador: Pacientes fumadores ("FUMADOR=SÍ") (DGP "AA"= SI) entre 40 y 80 años
Aclaraciones:
1.Se incluirán como fumadores todos los pacientes que hayan contestado al menos una vez sí en los últimos 5 años.
2.El DGP "AA" se corresponde al campo "FUMADOR=SI/NO".

DURACIÓN
Este es un proyecto a desarrollar en los próximos cinco años.
-La formación en espirometrías ya se ha realizado
-Las sesiones del diagnóstico de EPOC y abordaje del tabaquismo se prepararán para el primer semestre
-Diseño de cartel: primer trimestre

OBSERVACIONES
Fuente de Datos: OMI-AP
Valor a alcanzar: 30 % de los pacientes en 2017
Límite Inferior 20%
Límite superior 30%

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 - 2016/1115

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA EPOC

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES LLORENS PALANCA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró un protocolo de screening de cáncer de cérvix para el sector Alcañiz, consensuado con el servicio de ginecología y matronas de atención primaria, que incluye la introducción de la prueba de VPH de acuerdo con las líneas estratégicas de SALUD.

Se incrementó la plantilla de matronas en una plaza más.

Se realizó difusión a los centros de salud y las matronas, se colgó el protocolo en la intranet, y se procedió a monitorizar cuatrimestralmente el indicador. Desde el servicio de ginecología comenzó a recomendarse que las revisiones fueran hechas el centro de salud.

% de pacientes entre 30-65 años a las que se ha realizado al menos una prueba VPH/citología en los últimos 5 años

% de pacientes entre 25-30 años a las que se ha realizado al menos una prueba de citología en los últimos 5 años

El primero de los dos indicadores se incluyó en el acuerdo de gestión de los centros y en la valoración individual del acuerdo de gestión para las matronas de atención primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El sector ha obtenido un resultado global del 40% en el indicador de las pacientes entre 30 y 65 años (habíamos puesto un estándar de 50%). Si en todo 2017 se había mejorado un 10% en todo el sector, este año la mejora ha sido de un 5%.

% de pacientes entre 25-30 años a las que se ha realizado al menos una prueba de citología en los últimos 5 años.

Resultado obtenido 36,45% (Estándar propuesto 30%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mayor parte de los centros supera el 50% de cobertura, sin embargo, los resultados obtenidos por un profesional que atendía a dos de los centros con más población, ha influido en el resultado final. También ha influido el hecho de que una de las matronas no tiene sala de exploración en el centro de salud, lo que imposibilita la ejecución del proyecto.

El año próximo se va a construir la ampliación del mencionado centro de salud, además de haber cambios en recursos humanos.

Hay que tener en cuenta que estamos en el segundo año de proyecto, cuando el período de captación serían cinco años. El proyecto continúa hasta conseguir coberturas superiores al 60% momento en el que consideramos que podremos emprender una captación sistematizada a partir de los registros informáticos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1116 ===== ***

Nº de registro: 1116

Título
ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO, AGUD CARDONA MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

-Actualmente se realiza una estrategia de captación oportunista, lo que según la bibliografía suele tener resultados inferiores a la captación sistematizada
-Hemos estimado, a partir de las citologías, que solo un tercio de las citologías del sector es realizado por las matronas de atención primaria, lo que implica la infrautilización de un recurso, así como la sobreutilización de la consulta del ginecólogo lo que se traduce en un problema de inequidad. (No sabemos la cobertura de citologías a partir de OMI-AP como se nos mostraba hace años). La captación sistematizada permitiría conducir a las pacientes a la consulta de la matrona en lugar de a la del ginecólogo reduciendo las visitas a las consultas del médico de atención primaria en busca de volante y las visitas al ginecólogo (también los desplazamientos de pacientes desde su localidad de residencia hasta Alcañiz).
-Desde hace varios años nuestro sector solo tiene un anatomopatólogo, a pesar de repetidos intentos de contratar otro anatomopatólogo más no se ha conseguido hasta la fecha. Este déficit estructural se compensa con apoyo externo, pero cada vez se retrasa más la recepción de los informes de anatomía patológica
-La sensibilidad de la prueba de VPH en mujeres entre 30-65 años ha mostrado mayor sensibilidad que la citología, aunque menos especificidad, y tiene un valor predictivo negativo del 99%. Además en otros sistemas sanitarios ha mostrado su coste-efectividad. La negatividad de esta prueba a esta edad hace que la siguiente revisión sea a los cinco años en lugar de a los tres años.

RESULTADOS ESPERADOS

-Incrementar la cobertura de la actividad de screening de cáncer de cervix en el sector de Alcañiz y con ello reducir la incidencia de cáncer de cervix avanzado.
-Incrementar la eficiencia y la equidad en las consultas de ginecología reduciendo la demanda preventiva para mejorar la accesibilidad y la dedicación en las pacientes con patología establecida.
-Incrementar la accesibilidad de los pacientes al servicio evitando desplazamientos
-Incrementar la eficiencia de la actividad de las matronas en Atención Primaria, aprovechando todo su potencial.
-Reducir la carga de informes de citologías del servicio de Anatomía Patológica redundando en una mejora de la calidad del trabajo del citado servicio y en la accesibilidad a los informes de anatomía patológica de todo el sector.

MÉTODO

Realización de las actividades de detección de cáncer de cervix en las consultas de matronas de los centros de salud e implantación de la prueba del VPH de acuerdo a las guías de práctica clínica de referencia. Consideramos un período de implantación progresiva: Al principio planteamos el reparto de folletos en las consultas de ginecología informando a las pacientes de la implantación de un nuevo método de detección precoz del cáncer de cervix que mejora la calidad del diagnóstico por citología y de que cuando vayan a pedir la revisión serán derivadas a la consulta de la matrona del centro de salud que es quien realiza la prueba. Desde el centro de salud se ofrecerá la posibilidad de realizar la citología o detección del VPH en las consultas de matronas evitando desplazamiento y entregándoles el folleto. De esta forma tras un período de transición captaremos a las pacientes que van habitualmente al ginecólogo y tendremos registros en OMI-AP que servirán para hacer los listados de las pacientes que les toca cada año, que serán avisadas por carta.
Se comunicará la actividad en el consejo de salud.
Se realizará una sesión formativa en los centros de salud.
El previsible aumento de la demanda de las matronas exige que nos planteemos recuperar la plaza de matrona de Cantavieja que tenemos en plantilla aunque sin cubrir para poder reestructurar los cupos de TIS de forma más homogénea.

INDICADORES

Definición del indicador % de pacientes
% DE PACIENTES ENTRE 30-65 AÑOS A LAS QUE SE HA REALIZADO AL MENOS UNA PRUEBA VPH/CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS
% DE PACIENTES ENTRE 25-30 AÑOS A LAS QUE SE HA REALIZADO AL MENOS UNA PRUEBA de CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Fuente de Datos: OMI-AP

Valor a alcanzar A determinar en función de los primeros cortes

DURACIÓN

Se prevé la implantación progresiva en un período de 3 años.
Fecha prevista de inicio: Enero 2017 y finalización del proyecto: 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

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 - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACIÓN POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CÁNCER DE CÉRVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES LLORENS PALANCA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DELGADO MONJE ANGELA
ENA BENLLOC SARA
GIL MORALES PATRICIA
BIDZINSKA ANNA IRENA
TORO SEGOVIA MARITZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se inició en 2016 con la elaboración de un protocolo de screening de cáncer de cérvix para el sector Alcañiz, consensado con el servicio de ginecología del Hospital de Alcañiz y matronas de atención primaria, que incluye la introducción de la determinación del VPH de acuerdo con las líneas estratégicas del SALUD. Se cubrió la plaza de matrona de Cantavieja que estaba pendiente de reestructuración. Se realizó difusión a los centros de salud para que los médicos de atención primaria derivaran a la matrona y no a ginecología y se colgó el protocolo en nuestra intranet.

Incluimos en el acuerdo de gestión de los centros y en la valoración individual de las matronas el indicador: % de pacientes entre 35 y 65 años a las que se ha realizado al menos una determinación VPH/ citología en los últimos 5 años.

En el mes de junio de 2019 se cerró la consulta de planificación familiar, pasando la actividad de screening de cáncer de cérvix, que realizaban en la consulta a las matronas de Atención Primaria.

En el año 2019 tras los traslados cambiamos la mayor parte de las matronas de nuestra plantilla, habiendo mantenido reuniones formativas con las nuevas matronas. La matrona del sector que atiende Valderrobres y Calaceite, al no disponer de un espacio físico para su consulta, es, en estos momentos, la única que no realiza citologías y se derivan a Ginecología. Actualmente se está realizando una reforma del centro de salud de Valderrobres, por lo que esperamos que este problema quede resuelto a finales de Enero.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el 2016 cuando nos planteamos el proyecto partimos de los datos obtenidos en el 2015 que eran un 23,65% de citologías realizadas en Atención Primaria entre las mujeres entre 25 y 34 años y un 28,83% entre las mujeres entre 35 y 65 años.

Los resultados del año 2016 fueron poco significativos con un discreto aumento, ya que se trabajó en la elaboración del protocolo con el servicio de ginecología y se seguía sin disponer de una matrona siendo los resultados de un 23,91% de citologías realizadas en Atención Primaria entre las mujeres entre 25 y 34 años y un 29,19% entre las mujeres entre 35 y 65 años.

En el año 2017 los resultados obtenidos ya se observa una mejoría siendo un 26,59% de citologías realizadas en Atención Primaria entre las mujeres entre 25 y 34 años y un 34,84% entre las mujeres entre 35 y 65 años, considerando que el proyecto debe continuar ya que se introduce en ese momento la determinación del VPH.

En el año 2018 los resultados siguen mejorando siendo un 33,03% de citologías realizadas en Atención Primaria entre las mujeres entre 25 y 34 años y un 37,10% entre las mujeres entre 35 y 65 años.

En el año 2019 los resultados siguen siendo satisfactorios superando el sector el estándar del 40% que nos habíamos propuesto para la determinación del VPH. los resultados han sido de un 35,89% de citologías realizadas en Atención Primaria entre mujeres entre 25 y 34 años y un 42,40% entre las mujeres entre 35 y 65 años.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestro programa ha mejorado sensiblemente las coberturas en los dos indicadores establecidos observándose una progresión continua e una implicación total de las matronas.

También hemos observado un alto porcentaje de funcionarias que utilizan el sistema privado de salud, por lo que esas pacientes se nos están quedando fuera.

El tener un protocolo disponible en la red, monitorizar el indicador, cubrir plaza de matrona vacante y realizar difusión entre los equipos de atención primaria han sido suficiente para poner en marcha el circuito y mejorar los indicadores de cobertura de screening de cáncer de cérvix en el sector de Alcañiz.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1116 ===== ***

Nº de registro: 1116

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACIÓN POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CÁNCER DE CÉRVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO, AGUD CARDONA MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

-Actualmente se realiza una estrategia de captación oportunista, lo que según la bibliografía suele tener resultados inferiores a la captación sistematizada
-Hemos estimado, a partir de las citologías, que solo un tercio de las citologías del sector es realizado por las matronas de atención primaria, lo que implica la infrautilización de un recurso, así como la sobreutilización de la consulta del ginecólogo lo que se traduce en un problema de inequidad. (No sabemos la cobertura de citologías a partir de OMI-AP como se nos mostraba hace años). La captación sistematizada permitiría conducir a las pacientes a la consulta de la matrona en lugar de a la del ginecólogo reduciendo las visitas a las consultas del médico de atención primaria en busca de volante y las visitas al ginecólogo (también los desplazamientos de pacientes desde su localidad de residencia hasta Alcañiz).
-Desde hace varios años nuestro sector solo tiene un anatomopatólogo, a pesar de repetidos intentos de contratar otro anatomopatólogo más no se ha conseguido hasta la fecha. Este déficit estructural se compensa con apoyo externo, pero cada vez se retrasa más la recepción de los informes de anatomía patológica
-La sensibilidad de la prueba de VPH en mujeres entre 30-65 años ha mostrado mayor sensibilidad que la citología, aunque menos especificidad, y tiene un valor predictivo negativo del 99%. Además en otros sistemas sanitarios ha mostrado su coste-efectividad. La negatividad de esta prueba a esta edad hace que la siguiente revisión sea a los cinco años en lugar de a los tres años.

RESULTADOS ESPERADOS

-Incrementar la cobertura de la actividad de screening de cáncer de cervix en el sector de Alcañiz y con ello reducir la incidencia de cáncer de cervix avanzado.
-Incrementar la eficiencia y la equidad en las consultas de ginecología reduciendo la demanda preventiva para mejorar la accesibilidad y la dedicación en las pacientes con patología establecida.
-Incrementar la accesibilidad de los pacientes al servicio evitando desplazamientos
-Incrementar la eficiencia de la actividad de las matronas en Atención Primaria, aprovechando todo su potencial.
-Reducir la carga de informes de citologías del servicio de Anatomía Patológica redundando en una mejora de la calidad del trabajo del citado servicio y en la accesibilidad a los informes de anatomía patológica de todo el sector.

MÉTODO

Realización de las actividades de detección de cáncer de cervix en las consultas de matronas de los centros de salud e implantación de la prueba del VPH de acuerdo a las guías de práctica clínica de referencia. Consideramos un período de implantación progresiva: Al principio planteamos el reparto de folletos en las consultas de ginecología informando a las pacientes de la implantación de un nuevo método de detección precoz del cáncer de cervix que mejora la calidad del diagnóstico por citología y de que cuando vayan a pedir la revisión serán derivadas a la consulta de la matrona del centro de salud que es quien realiza la prueba. Desde el centro de salud se ofrecerá la posibilidad de realizar la citología o detección del VPH en las consultas de matronas evitando desplazamiento y entregándoles el folleto. De esta forma tras un período de transición captaremos a las pacientes que van habitualmente al ginecólogo y tendremos registros en OMI-AP que servirán para hacer los listados de las pacientes que les toca cada año, que serán avisadas por carta.
Se comunicará la actividad en el consejo de salud.
Se realizará una sesión formativa en los centros de salud.
El previsible aumento de la demanda de las matronas exige que nos planteemos recuperar la plaza de matrona de Cantavieja que tenemos en plantilla aunque sin cubrir para poder reestructurar los cupos de TIS de forma más homogénea.

INDICADORES

Definición del indicador % de pacientes
% DE PACIENTES ENTRE 30-65 AÑOS A LAS QUE SE HA REALIZADO AL MENOS UNA PRUEBA VPH/CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS
% DE PACIENTES ENTRE 25-30 AÑOS A LAS QUE SE HA REALIZADO AL MENOS UNA PRUEBA de CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACIÓN POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CÁNCER DE CÉRVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fuente de Datos: OMI-AP
Valor a alcanzar A determinar en función de los primeros cortes

DURACIÓN
Se prevé la implantación progresiva en un período de 3 años.
Fecha prevista de inicio: Enero 2017 y finalización del proyecto: 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1717

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA DE EVALUACION DE ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA EN LOS PACIENTES DIABETICOS

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES LLORENS PALANCA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha comprado un doppler en 2016 para cada centro.

Se ha formado al menos un enfermero en cada centro.

Se han proporcionado cortes cuatrimestrales del indicador, para ser presentado en las reuniones del equipo y proponer acciones de mejora si procede.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de pacientes diabéticos entre 50 y 80 años, con más de 10 años de evolución de la diabetes, a los que se les ha realizado al menos un doppler en los últimos 3 años. Estándar propuesto 20-30%.

Sector Alcañiz: 25,97% En cinco de los 12 centros se ha sobrepasado el 50% de los pacientes. Los resultados han sido lastrados por un centro grande que dio la sesión formativa a final de año, lo que condicionó su resultado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha cogido destreza en el manejo del doppler por el personal de enfermería. El indicador está basado en las recomendaciones de ADA, sin embargo, recientemente el programa de diabetes del SALUD ha modificado sus recomendaciones estableciendo que no debe hacerse screening sistemático sino valorar a los pacientes que no tengan pulsos o que tengan clínica, motivo por el que no vamos a seguir midiendo este indicador. En cualquier caso consideramos que el aprendizaje que ha generado este programa en el personal de enfermería es impagable.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1717 ===== ***

Nº de registro: 1717

Título
IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA DE EVALUACION DE ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA EN LOS PACIENTES DIABETICOS

Autores:
LLORENS PALANCA MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La estrategia de diabetes, recomienda, rebajando moderadamente el criterio de la ADA, que se realice, cada 3 años, un índice tobillo-brazo a los pacientes diabéticos mayores de 50 años que tengan algún factor de riesgo cardiovascular o que tengan más de 10 años de evolución de la enfermedad. Para poder implantar esta línea, durante el año 2016, se ha comprado un doppler para cada centro de salud y se ha formado al menos a una enfermera en cada centro de salud del sector. Ahora se trata de monitorizar su implantación.
Por razones de simplificación de la extracción del indicador consideramos que la gran mayoría de los pacientes diabéticos tienen al menos un factor de riesgo cardiovascular, por lo que el estándar tendrá en cuenta este

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1717

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA DE EVALUACION DE ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA EN LOS PACIENTES DIABETICOS

dato.

RESULTADOS ESPERADOS

Implantar el procedimiento de evaluación vascular del programa de Diabetes de Aragón.

MÉTODO

Se ha comprado un doppler en 2016 para cada centro.

Se ha formado al menos un enfermero en cada centro.

Se proporcionarán cortes cuatrimestrales del indicador, para ser presentado en las reuniones del equipo y proponer acciones de mejora si procede.

INDICADORES

% de pacientes diabéticos entre 50 y 80 años, con más de 10 años de evolución de la diabetes, a los que se les ha realizado al menos un doppler en los últimos 3 años.

DURACIÓN

Continúa desde 2016.

Informes cuatrimestrales desde la dirección (JM Turón). Cortes con el indicador: Enero 17, Mayo17, Septiembre 17,

Evaluación final: Diciembre 2017.

Duración: indefinida hasta conseguir objetivos.

OBSERVACIONES

Fuente de Datos: OMI-AP

Valor a alcanzar: 25 % de los pacientes en 2017

Límite Inferior 13%

Límite superior 25%

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 - 2016/1115

1. TÍTULO

INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ROBERTO GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA

· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha proporcionado espirómetro a todos los centros de salud, aunque en dos de ellos se ha retrasado la llegada hasta final de 2017
- Se ha proporcionado formación en la realización de espirometrías a enfermeras de todos los centros de salud con la excepción de los dos centros donde se ha retrasado la llegada del espirómetro
- Se ha proporcionado formación sobre la estrategia de screening espirométrico a los fumadores
- Se ha incluido en el contrato de gestión de sector el indicador: % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a los que se ha realizado al menos una espirometría en los últimos 5 años, con un estándar de entre el 20 y el 30% de los pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Indicador de fumadores entre 40 y 80 años del sector que tienen espirometría realizada en los últimos cinco años: Hemos pasado de un 15,96% en Enero de 2017 a un 20,78%, alcanzándose el objetivo mínimo del sector.
- Respecto a la prevalencia de EPOC hemos pasado de un 25% a un 26% respecto a lo esperado en el estudio EPISCAN. Un centro llega al 50% de lo esperado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este es un proyecto planteado para un plazo de cinco años. Ha habido centros donde se ha mostrado una evolución rápida mientras que en otros está yendo más lento. El incremento de un 5% en las espirometrías realizadas se ha traducido en un incremento de un 0,05% en la prevalencia de EPOC. Si el crecimiento de la prevalencia fuera similar incrementando el número de espirometrías sería difícil alcanzar el 10% del estudio EPISCAN.

7. OBSERVACIONES.

Hay que señalar que el indicador que muestra el cuadro de mando se realiza sobre población atendida, por lo que no se puede considerar que esta sea la prevalencia real. Por otra parte se ha observado que diagnósticos erróneos de EPOC que han sido corregidos en OMI-Ap siguen apareciendo como EPOC, por lo que es posible que existan sesgos a la hora de evaluar la prevalencia.
En algún centro con elevada demanda de espirometrías se especula con que no se esté registrando el resultado de la espirometría en OMI_AP por parte del médico.
Vamos a seguir trabajando en la línea de EPOC-tabaquismo manteniendo este indicador junto con los de tabaquismo para los años siguientes.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1115 ===== ***

Nº de registro: 1115

Título
INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1115

1. TÍTULO

INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA
En los últimos años disponemos de información sobre la prevalencia de EPOC en nuestro sector, a través de un indicador del CG. Según los resultados de 2016 en Septiembre estamos en torno a un 25% de la prevalencia esperada según el estudio EPISCAN. Si tenemos en cuenta que es posible que algunos de los diagnósticos sean pacientes asmáticos mal clasificados, el problema sería aún mayor. La impresión es que hay un importante infradiagnóstico: sólo se diagnostican los EPOCs avanzados con síntomas evidentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Parece que la implementación del programa de EPOC en Atención Primaria es muy mejorable. Nuestra hipótesis es que se hacen pocas espirometrías en los pacientes en riesgo de EPOC. Detección oportunista de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con ofrecimiento de realización de espirometría

MÉTODO
FORMACIÓN: Manejo del espirómetro (enfermería).
Diagnóstico EPOC (Médicos y enfermería). Abordaje del tabaquismo.
Diseño e impresión de cartel animando a la realización de la prueba para poner en las puertas de las consultas.

INDICADORES
-Definición del indicador: % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a los que se les ha hecho una espirometría en los últimos 5 años.
- Numerador: Pacientes fumadores entre 40 y 80 años ("FUMADOR=SÍ") (DGP "AA"= SI) a los que se ha hecho al menos una espirometría en los últimos 5 años
- Denominador: Pacientes fumadores ("FUMADOR=SÍ") (DGP "AA"= SI) entre 40 y 80 años
Aclaraciones:
1.Se incluirán como fumadores todos los pacientes que hayan contestado al menos una vez sí en los últimos 5 años.
2.El DGP "AA" se corresponde al campo "FUMADOR=SI/NO".

DURACIÓN
Este es un proyecto a desarrollar en los próximos cinco años.
-La formación en espirometrías ya se ha realizado
-Las sesiones del diagnóstico de EPOC y abordaje del tabaquismo se prepararán para el primer semestre
-Diseño de cartel: primer trimestre

OBSERVACIONES
Fuente de Datos: OMI-AP
Valor a alcanzar: 30 % de los pacientes en 2017
Límite Inferior 20%
Límite superior 30%

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 - 2016/1117

1. TÍTULO

GESTION DEL CUADRO DE MANDO DE DIABETES

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MARIA TURON ALCAINE
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VERDES SANZ GUAYENTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ofreció la creación de un grupo de trabajo de gestión por objetivos a los centros del sector. Se creó un indicador con puntuación extra a aquellos centros que obtuvieran una cobertura superior al 50% en las actividades de proceso de diabetes. Se revisaron cuatrimestralmente los indicadores, y a partir de Septiembre mensualmente con los representantes de los centros de salud participantes. En función de las necesidades detectadas se realizaron sesiones sobre educación individual y su registro en el plan de cuidados de conocimientos deficientes y sobre pie diabético. Se trabajó con el laboratorio en la mejora del registro de filtrado glomerular. No se pudo abordar la actividad de retinografías por no disponer del retinógrafo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Acudieron regularmente a las reuniones 6 de los 12 centros. 6 de los 12 centros han alcanzado una cobertura del 50% en los indicadores de proceso (Microalbuminuria, GFR y LDL en el último año, Glicada en los últimos seis meses, Hipoglucemia en el último año, 3 presiones arteriales el último año y exploración de pie).

La cobertura global de glicada en los últimos seis meses ha sido del 47,9% (mejora del 3%), con incrementos de alrededor de 7 puntos en las coberturas LDL y microalbuminuria encontrándose actualmente alrededor del 70% de los pacientes, y un incremento de 22% en registro de GFR, estando actualmente en el 66% de los pacientes. La evaluación del pie en el sector ha pasado al 50,78% de los pacientes (mejoría de un 7%). En hipoglucemia se ha pasado de un 46 a un 52%.

Respecto a los indicadores nuevos destacar un 39,4% en evaluación del riesgo del pie debido a un error en el registro del riesgo del pie que se subsanó a partir del verano. En el plan de conocimientos deficientes se mejoró un 13%, a costa fundamentalmente de los centros que acudieron a las reuniones.

En cuanto a resultados objetivo hay que destacar la mejoría de un 7% en los pacientes con glicada menor de 7 respecto al año 2016 (32,52% vs 25,41%). También hemos obtenido mejoras discretas en el control de LDL de riesgo alto y muy alto en torno a un 3%. En control de presión arterial, GFR y macroalbuminuria no se obtuvieron cambios significativos, mientras que en GFR el indicador de > 60 subió un 18%, lógico si se tiene en cuenta que este año el registro de GFR ha mejorado un 22%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Globalmente han mejorado todos los centros. Además del énfasis que se hace en las juntas técnico asistenciales y del objetivo propio del sector hay que señalar que todos los centros que han asistido a las reuniones del grupo de trabajo han alcanzado el 50% de la cobertura. El desempeño global en los indicadores de cobertura ha sido mejor en estos centros, siendo especialmente sensible la evolución a partir de Septiembre con las reuniones mensuales. Las reuniones del grupo de trabajo han estimulado el liderazgo de los representantes de los equipos y las sesiones clínicas se han compartido entre los miembros de los equipos facilitando las acciones de mejora incrementando la cultura de la organización.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1117 ===== ***

Nº de registro: 1117

Título
GESTION DEL CUADRO DE MANDO DE DIABETES

Autores:
TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1117

1. TÍTULO

GESTION DEL CUADRO DE MANDO DE DIABETES

Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el año anterior disponemos del cuadro de mando en diabetes. A través de él venimos observando tendencias planas en estos indicadores que afectan a 10 de los 12 centros, lo que nos indica que se están usando poco las funcionalidades del cuadro de mando. La causa es la escasa tradición en gestión clínica y la resistencia al cambio cultural
Es un objetivo estratégico de esta dirección desde el año anterior.

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE COBERTURA DEL PROGRAMA DE DIABETES

MÉTODO
Se plantearán acciones formativas en función de la evolución del cuadro de mando y a demanda de los centros. Informes cuatrimestrales desde la dirección: benchmark entre centros e intracento (JM Turón).
Actas cuatrimestrales de los centros de salud: Coordinadores EAP.
Ya se presentó en el año anterior.

INDICADORES
Todos los indicadores de cobertura deberán ser superiores al 50% (HbA1C, retinografía, GFR, LDL, Microalbuminuria, Pie diabético, Hipoglucemia).
Actas cuatrimestrales de los centros de salud.

DURACIÓN
Continúa desde 2016.
Informes cuatrimestrales desde la dirección: benchmark entre centros e intracento (JM Turón).
Actas cuatrimestrales de los centros de salud: Coordinadores EAP.
Duración: indefinida hasta conseguir objetivos.

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 - 2016/1122

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MARIA TURON ALCAINE
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha elaborado un registro de incidencias informatizado. De esta forma cualquier trabajador, desde su ordenador puede registrar una incidencia sin tener que ir a buscar el papel. Especialmente útil en consultorios donde el registro de incidencias no se encuentra disponible cuando está en formato papel.
- Reuniones cuatrimestrales coordinador de calidad de atención primaria-coordinador de calidad del centro. Esta estrategia está orientada a realizar formación concurrente a los coordinadores hasta desarrollar la suficiente experiencia y conseguir autogestionarse. Estos han sido los contenidos:
 - o Gestión por objetivos. Se han revisado los indicadores del cuadro de mando del contrato de gestión, de diabetes y farmacia, priorizando acciones de mejora
 - o Gestión de incidencias. Se revisan las incidencias, seleccionando para realizar acciones de mejora aquellas incidencias más relevantes o más repetidas.
 - o Reclamaciones: se revisan las reclamaciones, dando lugar a proyectos de mejora en el caso de las reclamaciones fundamentadas.
 - o En las reuniones se revisa el funcionamiento de los distintos procedimientos mediante entrevistas con los responsables correspondientes
- Procedimientos de ISO en Atención Primaria: Los procedimientos de esterilización y de extracción de muestras se han generalizado en todo el sector. Los procedimientos de gestión de almacén y material de urgencias han sido adoptados por casi todos los centros no ISO.
- Revisión por la dirección. Realizamos un informe del desarrollo del sistema del año anterior, aportando en caso necesario recursos desde la dirección de atención primaria. Queremos destacar, en el ámbito de la seguridad clínica, el desarrollo de un programa de formación en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada que se ha desarrollado en todos los centros.
- Se ha llevado a cabo auditoría interna en todos los centros y auditoría externa en el centro de salud de Alcañiz

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Dos de los centros obtienen 8 o más puntos del contrato en todos los indicadores. De los centros grandes, Andorra consigue la máxima puntuación en el 58% de los indicadores de contrato (si consideramos más de 6 puntos suben al 67%), mientras que Alcañiz, el último centro que se incorporó ha mejorado considerablemente obteniendo más de 8 puntos en el 54% de los indicadores. Queda por debajo del 50% Caspe (creemos que relacionado con el cambio de un porcentaje importante de la plantilla) y Alcorisa.
- Respecto al cuadro de mando de diabetes, salvo en Alcorisa, se obtienen coberturas superiores al 70% en todas las analíticas de medición anual, superando el 50% de los pacientes con glicada en los últimos seis meses en 3 de los seis centros. Todos los centros salvo Alcorisa y Caspe superan el 50% en el registro de hipoglucemia
- Indicadores del cuadro de mandos de farmacia a nivel de Sector. En medicina de familia todos los indicadores cumplen con el rango establecido a nivel autonómico, aunque los indicadores de pediatría son mejorables.

A este respecto, se dotó de test rápido de detección de antígeno estreptocócico A a todos los EAP, incluyendo atención continuada.

- Incidencias, reclamaciones y auditorias. Proyectos de mejora del acuerdo de gestión aparte, señalamos las incidencias que han dado lugar a acciones de mejora relevantes a nivel de sector:
 - o Un error en la dosificación de un informe de Sintrom del Hospital fue detectado por el enfermero de un centro antes de entregarse, en relación con acción de mejora (instrucción técnica de entrega de resultados de informes de INR del hospital) realizada el año anterior por una incidencia similar. Se va a exportar a todo el sector y ha sido incluido dentro del amfe de pruebas funcionales.
 - o Al atender una parada cardiorrespiratoria en domicilio e ir a utilizar el desfibrilador se encontraron con que, a pesar de que la forma de la conexión de los parches del desfibrilador era la correcta, la anchura de la conexión era un cm más ancho que la del desfibrilador, por lo que no se pudieron usar. Esto dio lugar a revisión de todos los parches de desfibrilador del sector asegurando que los parches, además de la forma, sean de dimensiones correctas.
 - o A raíz de un parto en un centro de salud, se elaboró una sesión clínica en colaboración con el servicio de ginecología sobre atención al parto extrahospitalario y se dotaron de los materiales necesarios. Esta sesión se está exportando a otros centros.
 - o Todos los centros han realizado actividades formativas de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada
- Uno de los puntos donde mejores resultados se ha obtenido es de la satisfacción del usuario en los centros grandes, que ha mejorado sensiblemente, sobre todo en el aspecto de la accesibilidad en relación con la intervención del personal de enfermería en la recepción de la cita indomorable de estos centros. Destaca el hecho de un centro de salud en el que, antes de comenzar con el sistema de gestión de calidad, la respuesta a "recomendaría este centro" solo era contestada afirmativamente entre un 50% y un 70% entre los años 2008 y 2010, que en 2013 pasó al 90% y en 1995 al 96%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1122

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 EN ATENCION PRIMARIA

- Las auditorias han dado lugar a desviaciones menores, destacándose en las auditorías internas la gestión por objetivos y el chequeo regular de todos los equipamientos de urgencias con carros de parada precintados y dispuestos para el uso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El mantenimiento del sistema de gestión de calidad de los centros de salud del sector Alcañiz sigue siendo viable, algo que consideramos puede estar relacionado con las actividades cuatrimestrales de seguimiento del coordinador de calidad de atención primaria y los de los centros (3 días/año).

Los procedimientos de organización de los centros (gestión de materiales de urgencias, almacenes, equipamientos, extracción de muestras biológicas, esterilización, farmacia) con responsables definidos de cada uno de ellos, han mejorado de forma notable la organización de los centros. Con el paso de los años, la mayoría de los centros del sector no certificados han ido incorporando progresivamente estos procedimientos, por lo que esta maduración organizacional ha acabado alcanzando a casi todo el sector. Uno de los objetivos de esta dirección es terminar de implantarlos en los centros que faltan.

El otro punto sensible del sistema de gestión de calidad es la gestión por objetivos. Con las revisiones cuatrimestrales de indicadores, la mayoría de los centros han alcanzado las puntuaciones más altas del sector en el contrato de gestión, aunque en un centro se ha producido en los últimos años un estancamiento en los indicadores a pesar de los informes de benchmark que se realizan. También hemos exportado este año la gestión por objetivos a centros de salud no certificados obteniendo dos de ellos resultados excelentes mientras que en otros centros prácticamente han duplicado los resultados del año anterior.

En resumen, la adopción de un sistema de gestión de calidad basado en norma ISO 9001 en los centros de salud ha mejorado sensiblemente la organización, la seguridad y los resultados de los indicadores de contrato no solo en los centros certificados, sino también en los no certificados, dándose la circunstancia de que algunos centros no certificados están obteniendo un desempeño superior a algún centro de los certificados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1122 ===== ***

Nº de registro: 1122

Título
MANTENIMIENTO DE LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace años tenemos certificados con ISO 9001:2008 6 centros de salud. El desarrollo de la norma ha hecho madurar la organización, no solo de los centros afectados, sino también del resto de los centros que poco a poco han ido compartiendo los procedimientos principales que se han convertido en las normas de organización del sector. En los dos últimos años hemos visto como un centro se relajaba en el cumplimiento de la norma, por lo que estamos considerando su exclusión del proyecto en tanto no se cambie la actitud, por lo que planteamos el mantenimiento en cinco de los seis centros.

RESULTADOS ESPERADOS
MANTENIMIENTO DE LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR ALCAÑIZ

MÉTODO
Mantenimiento de un sistema de gestión de la calidad según norma ISO 9001
-Cumplimentación del registro de incidencias (todos los trabajadores)
-Elaboración de acciones correctivas para solucionar no conformidades (Coordinador de calidad del centro)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1122

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 EN ATENCION PRIMARIA

- Análisis sistemático de todos los datos recibidos por el centro y actas de registro (C.calidad, coordinadores de centro)
- Reuniones cuatrimestrales entre coordinadores de calidad del centro y del sector
- Revisión anual por la Dirección
- Auditorías internas y externas

INDICADORES

- Auditorías internas y externas
- Mantenimiento de la certificación externa

DURACIÓN

Se trata del mantenimiento del proyecto y ya está descrito en el manual de la calidad de los centros de salud de Atención Primaria en el ámbito SALUD.

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 - 2016/0753

1. TÍTULO

CREACION DEL GRUPO DE TRABAJO E IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS (PROA) EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE MIREN ARANTZAZU GARCIA COLINAS
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAVARRO PARDOS CARMEN
RUIZ ANDRES MARIA ANGELES
PIQUERAS SERRANO CARMEN NURIA
COLAS OROS CARLOS
CRESPO AVELLANA MANUEL
VARELA MARTINEZ ISABEL
ARRIBAS GARCIA JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mayo 2016

1. Comunicación a la gerencia del Sector Alcañiz, a la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica, y a la Comisión Central de Garantía de la calidad de la pertinencia del proyecto y de su aprobación por los mismos.

2. Creación de un grupo multidisciplinar PROA compuesto por personal facultativo de los servicios de microbiología, medicina interna y farmacia (atención primaria y atención especializada).

Hasta la fecha se han mantenido 25 reuniones.

Junio 2016 - Octubre 2016

3. Se contacta con todos los servicios del Hospital de Alcañiz y se designan responsables para cada uno de los capítulos de la "guía de tratamiento antimicrobiano" del Hospital de Alcañiz que se va a elaborar.

4. Se crea una plataforma para la gestión de la documentación (Alfresco) en la intranet del Sector Alcañiz.

5. Se elabora el Mapa de resistencias de 2015 tanto del Hospital de Alcañiz como de Atención Primaria del Sector Alcañiz.

Noviembre 2016 - Octubre 2017

6. Elaboración de la "guía de tratamiento antimicrobiano" del Hospital de Alcañiz, que incluye los diagnósticos, tratamiento empírico y dirigido de los principales síndromes, y la guía de profilaxis quirúrgica.

7. Formación en los servicios por parte de los responsables de los capítulos y/o miembros de la Comisión de Infecciones y Política antibiótica. En esta primera fase se ha hecho especial énfasis en el consumo de antimicrobianos y las resistencias.

8. Actividad PROA Bacteriemia, con el objetivo de mejorar el pronóstico de los pacientes con bacteriemia del Hospital de Alcañiz. Hasta el momento se han gestionado 38 pacientes hospitalizados y 7 ambulatorios. Esta actividad permite poder discutir las oportunidades de ajuste microbiológico (desescalamiento) e identificar mejoras en el tratamiento empírico y adecuar la guía en caso necesario.

9. Asesoría a los servicios hospitalarios y de atención primaria sobre e PROA. Información proactiva y reactiva.

10. Certificación del PROA. Inicio en el mes de octubre del curso de certificación por parte de una microbióloga y una farmacéutica hospitalaria.

Noviembre 2017 - Enero 2018

11. Revisión y maquetación del documento.

12. Creación de una sección para el PROA en la Intranet del Sector Alcañiz.

13. Publicación del documento (solicitada autorización inclusión logos institucionales del Gobierno de Aragón y del ISBN).

Febrero 2018

14. Difusión de la "Guía de tratamiento antimicrobiano" del Hospital de Alcañiz a los profesionales sanitarios del Sector (fecha pendiente de la disponibilidad de la gerencia).

15. Programación de Formación continuada en antimicrobianos en el Hospital de Alcañiz a lo largo de 2018. Estaba previsto terminar el proyecto en mayo 2017, si bien hemos necesitado un semestre más, por motivos logísticos fundamentalmente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Creación del grupo PROA que se ha reunido de manera sistemática al menos una vez al mes.

2. Elaboración y publicación de la "Guía de tratamiento antimicrobiano", pendiente de difusión oficial en el mes de febrero.

3. Certificación PROA. Iniciado el programa de certificación oficial en el que participan una microbióloga y una farmacéutica hospitalaria. Diploma de experto universitario (UNED): AMS-PROA excelencia: desde la práctica clínica hasta la certificación del hospital. Septiembre 2017 - Julio 2018.

4. Indicadores

a. 100 % elaboración guía de tratamiento antimicrobiano. Inicio noviembre 2016 - fin diciembre 2017.

b. Informe anual de resistencias 2015. Elaborado y publicado mayo 2017.

c. 50 % adecuación del protocolo de profilaxis antibiótica quirúrgica.

d. 50% puesta en marcha de la restricción del uso de algunos antimicrobianos.

e. 100% adecuación de los protocolos existentes a la estructura del PROA. Inicio noviembre 2016 - fin diciembre 2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0753

1. TÍTULO

CREACION DEL GRUPO DE TRABAJO E IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS (PROA) EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SECTOR ALCAÑIZ

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es la primera guía que se hace en el Hospital de Alcañiz en el que participan todos los servicios. La creación del grupo de trabajo PROA formada por facultativos comprometidos de farmacia AP y AE, microbiología y medicina interna, ha sido crucial para poder abarcar esta tarea. Este grupo seguirá activo desarrollando y coordinando todas aquellas acciones relacionadas con el PROA. Igualmente importante para el éxito de la misma (que no es otro que la implementación de la guía y la formación continuada), es que los facultativos del grupo PROA son accesibles y referencia para el resto del hospital y AP cuando procede, ofreciendo información proactiva y reactiva. Este tipo de proyecto puede replicarse en cualquier hospital del mismo tamaño. En el futuro próximo, se empezará con el PROA de Atención Primaria, para lo cual se incorporarán facultativos médicos de AP.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/753 ===== ***

Nº de registro: 0753

Título
CREACION DEL GRUPO DE TRABAJO E IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS (PROA) EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU, ARRIBAS GARCIA JORGE, NAVARRO PARDOS CARMEN, VARELA MARTINEZ ISABEL, PIQUERAS SERRANO CARMEN, MARTINEZ PAGAN ESPERANZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES QUE REQUIEREN TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO
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 uso apropiado de antimicrobianos es necesario en aras de un beneficio ecológico (prolongación de la vida útil de los antibióticos). Además, la optimización de los tratamientos antibióticos debe contribuir a mejorar el pronóstico de los pacientes que los necesitan y minimizar la probabilidad de aparición de eventos adversos relacionados con su uso. Son uno de los medicamentos más utilizados a nivel intrahospitalario (25-41% de los pacientes hospitalizados son tratados con antibióticos y sobre el 60% recibe al menos una dosis durante su ingreso) y, aunque son seguros, no están exentos de efectos adversos potencialmente graves. En el hospital de Alcañiz, según el estudio EPINE 2015, el 56% de los pacientes recibieron tratamiento antibiótico. En España, se ha observado que los efectos relacionados con los antibióticos suponen el 20% de las visitas a los servicios de urgencias hospitalarias por toxicidades farmacológicas, doblando la frecuencia de visitas asociadas a otros medicamentos tradicionalmente considerados de «alto riesgo»; e igualmente en pacientes hospitalizados, es el grupo terapéutico en el que se ha observado mayor frecuencia de efectos adversos a fármacos. Por último, y desde una perspectiva institucional, en algunos países desarrollados los antibióticos representan un porcentaje importante del gasto farmacéutico hospitalario, (hasta el 30% del gasto de farmacia y el uso no óptimo se asocia además con costes indirectos, como la prolongación de la estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad de los pacientes. La base fundamental para del uso apropiado de los antimicrobianos es la formación y el conocimiento. Formación en el método clínico para realizar el diagnóstico correcto y la evaluación de la gravedad, y conocimiento de la epidemiología local y de los principios de la antibioterapia para hacer la indicación correcta. La ordenación y actualización de esos conocimientos no es fácil por la incorporación de nuevos antimicrobianos, nuevos conocimientos a la doctrina de las enfermedades infecciosas y la diversidad de la etiología de las infecciones a la que se añade la proporcionada por el marketing de la industria farmacéutica. Se trata por lo tanto de un problema global del hospital que necesita una respuesta global. Los programas institucionales de optimización de tratamientos antimicrobianos han demostrado su utilidad, en este sentido McDougall y Polk definen los PROA como la expresión de un esfuerzo mantenido de una institución sanitaria por optimizar el uso de antimicrobianos en pacientes hospitalizados con la intención de:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0753

1. TÍTULO

CREACION DEL GRUPO DE TRABAJO E IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS (PROA) EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SECTOR ALCAÑIZ

1. Mejorar los resultados clínicos de los pacientes con infecciones.
2. Minimizar los efectos adversos asociados a la utilización de antimicrobianos (incluyendo aquí la aparición y diseminación de resistencias).
3. Garantizar la utilización de tratamientos coste-eficaces.

RESULTADOS ESPERADOS

Reducción de:

- la mortalidad y morbilidad de los pacientes con infecciones graves.
- los efectos adversos.
- las resistencias bacterianas.
- los costes económicos asociados a un uso incorrecto.

MÉTODO

Diseño, implantación (planificación, ejecución y verificación) y difusión de los resultados de un programa institucional de optimización de los antimicrobianos, dependiente de la Comisión de Infecciones y Política antibiótica y de carácter multidisciplinar. La optimización incluye la indicación, selección, dosificación, vía de administración y tiempo de administración apropiados.

Pasos a seguir:

1. Constitución del grupo PROA: farmacéuticos, internistas y microbiólogos.
2. Programa institucional. Aprobación de la Comisión de Infecciones y Política antibiótica, Dirección Médica y Comisión Central de Garantía de la Calidad.
3. Elaboración:
 - Documento central: "Recomendaciones para el uso de antimicrobianos del Hospital de Alcañiz".
 - Guías de diagnóstico y tratamiento empírico y dirigido de los principales síndromes.
 - Guía de profilaxis quirúrgica.
4. Programa formativo sobre antimicrobianos e información sobre el consumo de antimicrobianos y resistencias bacterianas.
5. Asesoría clínica a los Servicios.
6. Certificación del PROA.
7. Evaluación los resultados.

INDICADORES

Indicadores

- % elaboración de:
 - o Guía de Tratamiento Antimicrobiano.
 - o Informe anual de resistencia 2015.
- % de adecuación del protocolo de profilaxis antibiótica quirúrgica.
- % puesta en marcha de la restricción del uso de algunos antimicrobianos.
- % adecuación de los protocolos existentes a la estructura del PROA.

Evaluación y Seguimiento trimestral.

DURACIÓN

1 año (junio 2016 - mayo 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 - 2016/0032

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA UTILIZACION DE ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA, PROTESIS TOTAL DE RODILLA Y FRACTURA DE CADERA

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE TERESA MARIN ABAD
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
INFANTES MORALES MARTA EUGENIA
FORNIES GIMENEZ BEATRIZ
JUDEZ LEGASTIRI DIEGO
ESPINOSA CASTELLS RUT
CALDERON AGUIRRE PATRICIA EDITH
GASCON POLO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El protocolo se puso en marcha en Junio de 2016 en colaboración con el servicio de Traumatología y Hematología y se ha aplicado a todos los pacientes sometidos a PTR, PTC y Fx de cadera que no presentaban ningún criterio de exclusión. Se ha administrado 3g de ácido tranexámico, de manera tópica y no se ha documentado ninguna complicación trombótica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos hecho una pequeña comparativa de 31 casos. Grupo A= 16 SIN PROTOCOLO TRANEXÁMICO (PTR del mes de Abril y Mayo de 2016). GRUPO B= 14 APLICACIÓN DEL PROTOCOLO TRANEXÁMICO (PTR del mes de Abril de 2017)
Han sido casos consecutivos y no ha habido aleatorización. Tampoco hemos podido documentar en la comparativa los sangrados ya que previamente a la implantación de este protocolo no había un registro del sangrado total de los pacientes. Aunque sí que se ha evidenciado una disminución muy significativa en la transfusión de concentrados de hemáties y debido al menor sangrado se han dejado de utilizar los autotransfusores.
Nº de concentrados transfundidos En el grupo A= 0.75
En el grupo B= .1428571
Pacientes transfundidos En el grupo A=.4375
En el grupo B=.0714286

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Podemos observar una disminución de los ratios de transfusión alogénica de 43,75% vs 7% así como de la transfusión autóloga ya que hemos dejado de usar los autotransfusores. Realizando un análisis de las medidas de asociación podemos ver que la razón de proporciones (PR) nos indica que la probabilidad de ser trasfundido es 6,125 veces superior en el grupo de los que no estuvieron expuestos al protocolo tranexámico. La razón de odds indica que la odds de ser transfundido en el grupo de No tranexámico se multiplica por 10.11. Estamos obteniendo resultados concordantes con los resultados obtenidos en estudios experimentales y con nuestras expectativas al implantar el protocolo.

Como actividad pendiente mantenemos la hoja de control de los pacientes sometidos a protocolo tranexámico, con la monitorización del sangrado y el registro de complicaciones con la posibilidad de adaptar la dosis a nuevas evidencias científicas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/32 ===== ***

Nº de registro: 0032

Título
PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DEL ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA Y RODILLA, PROTESIS PARCIAL DE CADERA Y FRACTURA DE CADERA

Autores:
MARIN ABAD TERESA, CALDERON AGUIRRE PATRICIA, JUDEZ LEGASTIRI DIEGO, GASCON POLO MARIA PILAR, MARCOS GARCIA IVAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0032

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA UTILIZACION DE ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA, PROTESIS TOTAL DE RODILLA Y FRACTURA DE CADERA

TEMAS

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

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cirugía mayor traumatológica incluye procedimientos que acarrearán pérdidas sanguíneas importantes y una alta probabilidad de transfusión de sangre alogénica. El riesgo de sufrir una complicación relacionada con una transfusión va desde la fiebre (1/100) a una complicación grave que llegue a poner en riesgo la vida del paciente (entorno 1/140000) según datos de la Sociedad Americana de Bancos de Sangre. Hasta este momento el único medio con el que se contaba en el Hospital Comarcal de Alcañiz para el ahorro de sangre alogénica era el recuperador de sangre. El recuperador de sangre ha resultado eficaz pero además de su alto costo cuenta con controversia en cuanto a su seguridad debido a la posibilidad de contaminación bacteriana y de las alteraciones hematológicas de la sangre recuperada. El ácido tranexámico reduce en un 38% la pérdida sanguínea. Los estudios, revisiones y meta-análisis no han conseguido demostrar un aumento de fenómenos tromboembólicos tras su uso. Esto, unido a su bajo costo, y la simplicidad de su utilización lo convierten en un método eficaz para disminuir la pérdida sanguínea.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Reducción de la pérdida total de sangre en Cirugía Mayor Traumatológica
2. Reducción de la necesidad de transfusión de sangre alogénica
3. Reducción de las complicaciones asociadas a la transfusión
4. Mejorar la utilización de los recursos del Banco de Sangre
5. Utilización de un método de costo-efectividad demostrado.

MÉTODO

-Anestesia: detección del paciente APTO para el protocolo tanto en la consulta de Anestesia para cirugía programada como en los ingresados por Urgencias.
-Traumatología: inyección directa de ácido tranexámico durante el acto quirúrgico. Observación de los trigger trasfusionales
-Enfermería: control del sangrado postoperatorio
-Hematología: información sobre la utilización de unidades sanguíneas transfundidas

INDICADORES

Registro en la "Hoja de Enfermería Quirúrgica" y en la "Hoja de Analgesia Postoperatoria" del paciente que haya recibido ácido tranexámico durante el acto quirúrgico. Indicándose además en la "Hoja de Analgesia Postoperatoria" la cantidad en ml de pérdida sanguínea durante las primeras 48hs. El seguimiento será anual mediante los datos que hematología nos remita de la cantidad de unidades transfundidas durante dicho período. Realizándose posteriormente una comparativa con los años anteriores a la inclusión de este medicamento.

DURACIÓN

Sin fecha límite. Este protocolo será modificado o quedará sin efecto según las nuevas evidencias o recomendaciones que guían nuestra práctica clínica.

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 - 2016/0811

1. TÍTULO

ENCUESTA DE SATISFACCION CONTROL DEL DOLOR POST OPERATORIO

- 3) Animar al paciente y familiares a responder la encuesta y crear una manera de ser recogida garantizando su anonimato.
- 4) Analizar los resultados en el servicio y corregir técnicas o procedimientos si es necesario
- 5) Reunión con la supervisora y encargado de calidad para subsanar el bajo porcentaje de encuestas realizadas por el personal de enfermería. Corregir fallos tendientes a homogeneizar los criterios a la hora de registrar el EVA de los pacientes
- 6) Trasladar a las supervisoras de las plantas los resultados que afectan a la actuación de enfermería
- 7) Modificar la hoja de analgesia en su cara posterior, eliminando la encuesta actual

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/811 ===== ***

Nº de registro: 0811

Título
ENCUESTA DE SATISFACCION CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO

Autores:
JUDEZ LEGARISTI DIEGO, MARIN ABAD TERESA, CALDERON AGUIRRE PATRICIA, INFANTES MORALES MARTA, FORNIES GIMENEZ BEATRIZ, ESPINOSA CASTELS RUT, GASCON POLO MARIA PILAR, MARCOS GARCIA IVAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes operados controlados por la Unidad de Dolor Agudo
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El bloque quirúrgico de nuestro hospital tiene establecido una sistemática de gestión por procesos. Dentro de este esquema echamos de menos en los subprocesos del post operatorio inmediato y de analgesia post operatoria una evaluación del dolor post-operatorio en aquellas cirugías que se considera pueden beneficiarse de técnicas locorregionales o pautas analgésicas propias. Actualmente, estas cirugías en las que el servicio de Anestesiología realiza técnicas locorregionales para control del dolor postoperatorio o pauta tratamientos propios, son monitorizadas por el servicio, recogiendo datos sobre el nivel de dolor, presencia de náuseas o vómitos, grado de sedación, necesidad de rescates, etc. pero no se recoge el grado de satisfacción percibida por los pacientes. Por ello, desde el servicio surge la necesidad de implantar una encuesta de satisfacción del seguimiento del dolor postoperatorio para mejorar la calidad de la asistencia.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer la satisfacción de los pacientes con el tratamiento recibido y una vez conocido, actuar en función de los resultados para intentar mejorar la asistencia prestada.

MÉTODO
- Elaboración de una encuesta de satisfacción que contemple una serie de ítems que permita recoger el grado de satisfacción de los pacientes.
- Creación de una base de datos con los ítems de la encuesta.
- Análisis periódico de la encuesta y obtención de resultados.
- Puesta en común de los resultados para la implantación de medidas correctoras en caso de ser necesarias.

INDICADORES
1. Disponibilidad de la encuesta.
2. Creación de la base de datos.
3. Nº de pacientes con seguimiento del tratamiento del dolor postoperatorio encuestados x 100 / Nº de pacientes con seguimiento del tratamiento del dolor postoperatorio.
4. % de pacientes satisfechos o muy satisfechos en cada ítem de la encuesta
5. Memoria anual con análisis de los resultados obtenidos y propuestas de mejora.

DURACIÓN
- Creación del grupo de trabajo: Octubre 2016

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0811

1. TÍTULO

ENCUESTA DE SATISFACCION CONTROL DEL DOLOR POST OPERATORIO

- Creación de encuesta: Octubre 2016
- Creación de base de datos: Octubre 2016
- Fecha de inicio de recogida de datos: Desde noviembre de 2016
- Introducción de los datos de la encuesta en la base de datos: Desde noviembre de 2016
- Análisis y evaluación anual de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 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 - 2016/1562

1. TÍTULO

PROCESO DE CIRUGIA AMBULATORIA

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA CALDERON AGUIRRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BONO LAMARCA MARIA TERESA
TURON ALCALINE JOSE MARIA
BONO LAMARCA PEDRO ISAAC

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha constituido el equipo de trabajo, estableciendo un responsable del proceso. Se ha establecido el proceso de cirugía ambulatoria, que incluye tres subprocesos: preoperatorio, operatorio y ambulatorio. El proceso depende del bloque quirúrgico e incluye la creación de una consulta de enfermería de CMA, que se pasa el mismo día de la consulta de evaluación anestésica, la llamada de la consulta de enfermería 24 horas antes de la intervención y post-intervención, la definición de una sala de adaptación al medio próxima al quirófano, definición de criterios "fast track", criterios de alta de Chung y tras bloqueo periférico. Se ha definido un procedimiento operativo de la sala de adaptación al medio, una instrucción técnica de atención preoperatoria y otra con criterios de actuación ante signos de alarma en domicilio en el paciente intervenido para tomar decisiones con las llamadas que se produzcan fuera del horario presencial de la unidad. Se incluyen 9 formatos de registro específico. Se han recogido instrucciones específicas de todas las intervenciones que se realizan de forma ambulatoria en el Hospital de Alcañiz en todos los servicios (se van a disponer en la consulta de enfermería de cirugía ambulatoria). Todo está dispuesto excepto la estructura, ya que la construcción de la sala de readaptación al medio se ha retrasado, aunque se espera que esté disponible en Febrero de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No disponemos de ellos porque no se ha implementado en relación con la falta de la sala de readaptación al medio. Por ello la implementación del proceso y la medición de los resultados se implementará a lo largo de 2019. En los años siguientes el objetivo será incrementar el número de intervenciones que se realizan por CMA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De entrada se ha establecido unos documentos de retraso que resuelven el problema principal: la ausencia de responsable de la unidad de cirugía ambulatoria. La ubicación de un espacio específico próximo al quirófano y la dotación de personal específico ya son una realidad y esperamos que pueda comenzar a implementarse en breve.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1562 ===== ***

Nº de registro: 1562

Título
PROCESO DE CIRUGIA AMBULATORIA

Autores:
BONO LAMARCA PEDRO ISAAC, LARA GARRIDO ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INTERVENCIONES DE CIRUGIA AMULATORIA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1562

1. TÍTULO

PROCESO DE CIRUGIA AMBULATORIA

Hace dos años intentamos establecer y documentar un proceso de cirugía ambulatoria pero desistimos dado que al comparar lo que se hacía con los estándares del ministerio se consideraba que había que hacer un rediseño radical:

- Los pacientes tras la intervención suben a una habitación estándar de planta donde no hay observación directa, y se encuentran distribuidos por todas las plantas
- No está establecido ningún responsable de unidad. Cuando se produce una incidencia se acaba llamando al internista de guardia
- No se realiza la llamada post intervención a los pacientes intervenidos

En estas condiciones resulta imprudente seguir apostando por incrementar el número de procesos con indicación de cirugía ambulatoria en nuestro sector

RESULTADOS ESPERADOS

- Garantizar la seguridad de los pacientes intervenidos en CMA mediante el establecimiento de un proceso de cirugía mayor ambulatoria acorde con los estándares del ministerio.
- Incrementar la tasa de sustitución de CMA en nuestro hospital

MÉTODO

Proponemos crear una unidad de cirugía ambulatoria. Queremos documentar, implementar y medir un proceso compuesto de los subprocesos preoperatorio, operatorio, post operatorio precoz y ambulatorio.

- La evaluación preoperatoria se llevará a cabo en la consulta de cirugía y anestesia, desarrollando un cuerpo documental de información e instrucciones para el paciente, genérico y por intervención, que actualmente no existe.

- El subproceso post operatorio se realizará en una unidad de cirugía sin ingreso en la que se desarrolle la monitorización de los pacientes de forma permanente por enfermería (actualmente los pacientes se quedan en habitaciones estándar con sus familiares sin supervisión directa del personal sanitario). Además el médico responsable (anestesista) estará permanentemente localizado y en la misma planta (lo que no siempre ocurre ahora)

- El subproceso ambulatorio (incluida la llamada del día anterior a la intervención) se desarrollará por las enfermeras de la unidad de cirugía sin ingreso .
Dicho proceso tendrá un responsable de Unidad (un anestesista) y un equipo de proceso multidisciplinar cuya misión será evaluar y mejorar el proceso.

INDICADORES

Disponibilidad física de unidad de cirugía ambulatoria (SÍ, NO).

Normalización del proceso de cirugía ambulatoria, disponible en la intranet del hospital) (SI,NO)

DURACIÓN

Junio Septiembre: Acuerdos con las unidades correspondientes

Octubre: acondicionamiento de la unidad

Noviembre-Diciembre: Normalización

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 - 2016/0660

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LAS EXTRACCIONES SANGUINEAS DE URGENCIAS EN HOSPITAL DE ALCAÑIZ PARA EVITAR LAS HEMOLISIS EN LAS MUESTRAS

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ESTHER SOLE LLOP
· Profesión BIOLOGO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TOMAS BLASCO PILAR
ROYO MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó el plan de formación previsto tanto para personal del laboratorio como del servicio de urgencias del hospital. Se realizaron dos sesiones organizadas por las Supervisoras de enfermería del laboratorio y urgencias y a cargo de personal especialista de producto Vacutainer de Becton Dickinson. Se solicitó la acreditación de estas actividades a la comisión de docencia, pero al ser el profesor personal procedente de la industria, no se pudieron acreditar, por conflicto de intereses. Estas actividades quedan registradas en el impreso de formación de personal ISO del laboratorio. Se realizaron por turnos el 15/02 de 2017. Como resultado del curso, se estudió el material utilizado en las extracciones de Urgencias (y en general del Hospital) para ver si es adecuado. Se detectó falta de formación en la utilización de los sistemas Vacutainer por parte del personal de enfermería, y se procedió a elaborar unos carteles con fotografías e indicaciones de la mejor forma de utilizar el material para evitar las hemólisis. Se repartieron en los diferentes boxes de urgencias y también se repartió personalmente a las asistentes al curso. Además se estudió la posibilidad de utilizar otro tipo de tubos de bajo vacío para urgencias, hospital de día de Oncología, etc.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante al año 2016, antes de la formación se tenía un 25% de hemólisis en Urgencias, motivo por el que se puso en marcha este proyecto de mejora. Aunque se ha conseguido una disminución de las muestras hemolizadas, seguimos con unos niveles muy altos (aprox. 20%), comparados con las muestras de rutina (<5%). Consideramos que el descenso conseguido no es todavía adecuado. Respecto a los tubos de vacío, se emplearon para realizar la prueba, 125 tubos que nos proporcionó el proveedor (Becton Dickinson) y los resultados fueron muy satisfactorios, pasando a un 8% de muestras hemolizadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha resultado muy útil en la concienciación del personal sobre la necesidad de la formación continuada y de no dar por supuesto que se conoce bien la utilización de todo el material. Se ha detectado que esta falta de formación en el material de vacío para extracciones, no solo es un problema de personal sin experiencia. Se propone que es una formación que hay que darla periódicamente. Además las casas comerciales que nos suministran este material, se ofrecen habitualmente para realizar esta formación. Respecto a los tubos de bajo vacío, la propuesta sería comprar estos tubos para el servicio de urgencias. Se detecta que es un problema común a otros laboratorios del Salud, por lo que se pasará la propuesta al grupo de armonización de laboratorios para que como una medida consensuada se planteen en el Salud la necesidad de adquirir este material en una compra centralizada para todos los Hospitales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/660 ===== ***

Nº de registro: 0660

Título
PLAN DE MEJORA DE LAS EXTRACCIONES SANGUINEAS DE URGENCIAS EN HOSPITAL DE ALCAÑIZ PARA EVITAR LAS HEMOLISIS EN LAS MUESTRAS

Autores:
SOLE LLOP ESTHER, TOMAS BLASCO PILAR, ROYO MOLES MARIA ISABEL, TURON ALCAINE JOSE MARIA, MARTINEZ FERRI MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0660

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LAS EXTRACCIONES SANGUINEAS DE URGENCIAS EN HOSPITAL DE ALCAÑIZ PARA EVITAR LAS HEMOLISIS EN LAS MUESTRAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todos los pacientes con analíticas urgentes
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Un problema común que afecta la calidad de las muestras de laboratorio es la hemólisis que se produce ex vivo, como resultado de la obtención, manejo o almacenamiento inadecuados de las muestras de sangre. Las causas de hemólisis son múltiples, como también lo son las consecuencias que produce en diversas pruebas de laboratorio. La capacitación adecuada del personal responsable de obtener y manipular muestras de sangre en el laboratorio clínico es el factor más importante para reducir casi todos los errores preanalíticos relacionados con la obtención, manejo, transporte, almacenamiento, identificación y trazabilidad de los especímenes clínicos. El personal que tiene la responsabilidad de colectar las muestras para el laboratorio, es consciente de la importancia de su desempeño en todo el proceso.

Se ha observado en el laboratorio de Urgencias del hospital de Alcañiz, un aumento considerable de las muestras hemolizadas, especialmente desde la introducción en el año 2014 de la determinación automatizada de los índices de hemólisis, que detecta mejor la hemólisis que el examen visual. Otro potencial problema que hemos identificado es que el año 2015 se cambiaron los tubos VacuainerDB por los Vacuette, hemos de realizar estudios para ver si este ha sido un factor más que ha podido influir en el aumento de muestras hemolizadas.

Esta circunstancia ha producido un aumento en la repetición de la extracción con las molestias que ocasiona tanto a los pacientes como al personal de extracciones.

El personal encargado obtener la muestra de urgencias, no son, habitualmente las enfermeras del servicio de laboratorio, sino personal de enfermería de las plantas o del servicio de urgencias, que al no trabajar en el laboratorio, quizás no tienen tan presentes los problemas preanalíticos, especialmente los causados por la hemólisis, que algunas prácticas inadecuadas pueden ocasionar. Desde la coordinación de Laboratorios del Hospital de Alcañiz, junto con la supervisión de Laboratorio y de Urgencias, elaboraremos un plan que incluya tanto la formación del personal implicado, como estudio del proceso de extracción que incluya el material utilizado, la conservación y manipulación de las muestras, etc para buscar soluciones que permitan evitar o disminuir las hemólisis.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir el % de hemólisis detectadas en el laboratorio de urgencias.
- Disminuir el número de repeticiones de extracciones por prácticas inadecuadas.
- Mejora de la calidad del proceso de extracción de muestras de sangre.

MÉTODO

- Plan de formación del personal de Urgencias, tanto de laboratorio como del Servicio de Urgencias. Sesión de formación por turnos a cargo de la supervisión de enfermería: mínimo cuatro sesiones: 2 sesiones de mañanas y 2 sesiones de tardes. Realizar las sesiones de mañanas a primera hora (8 de la mañana) para que el personal de noche pueda acudir a la sesión). Entregar material del curso a los asistentes. Solicitar la acreditación por parte de la comisión de docencia.
- Estudio de material utilizado en las extracciones de Urgencias para ver si es adecuado.

INDICADORES

- Asistencia a las sesiones de formación del 85% del personal
- Calcular la disminución de % de hemólisis desde el fin de la formación en tres o cuatro meses. Comparar con la hemólisis de los mismos meses del año anterior.
- Recomendaciones y solicitud (en caso necesario) de cambio de tubos o/y otro tipo de material para urgencias dirigido al servicio de compras.

DURACIÓN

- Octubre - Diciembre 2016
- Curso de Formación: planificar y realizar las 4 sesiones.
- Reuniones con coordinación de calidad, para estudiar el tipo de material utilizado.

Enero - marzo 2017

- Estadística del número de hemólisis en urgencias.

Abril- mayo 2017

- Analizar resultados y elaborar conclusiones y recomendaciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0660

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LAS EXTRACCIONES SANGUINEAS DE URGENCIAS EN HOSPITAL DE ALCAÑIZ PARA EVITAR LAS HEMOLISIS EN LAS MUESTRAS

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 - 2016/0252

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ENFERMERIA EN PACIENTES ALERGICOS AL LATEX; IDENTIFICACION, NORMAS ACTUACION

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA BONO LAMARCA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES
ALTABA SANZ BEATRIZ
ZARATE MONTAÑES MARIA CARMEN
ZAPATER CASTAÑER MARIVI
BELLES PALLARES LUCIA
OLIVER MARIN LAURA
MARIN ABAD TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se ha elaborado un procedimiento de actuación en el quirófano ante pacientes alérgicos al látex que se compone de:

- Identificación de los pacientes alérgicos al látex en el subproceso preoperatorio. En caso de alergia dudosa se remitirá al servicio de Alergias para confirmación. En el caso de alergia confirmada se comunicará a la supervisora del Bloque Quirúrgico para que quede identificado en la programación de la intervención y poder iniciar el procedimiento en admisión en el momento del ingreso: se identifica al paciente con pulsera específica y se emiten las pegatinas "sin látex" para marcar de la puerta de la habitación de ingreso, de la cama y del quirófano.
- Se han elaborado instrucciones para la indumentaria del personal que atenderá a estos pacientes tanto en planta como en quirófano, indumentaria que deberá ser libre de látex y que se cita en la misma instrucción
- La supervisora comunicará la alergia al látex a los servicios de Anestesia, Esterilización, Cocina, Farmacia, Personal de enfermería para evitar los productos con látex más frecuentemente utilizados en los mencionados servicios, productos que han sido identificados en listado específico.
- Se han elaborado instrucciones de preparación del quirófano libre de látex. Incluye listados de material y fármacos libres de látex. Incluye recomendaciones generales, para cirugía programada y para cirugía urgente. Se han solicitado certificados y fichas técnicas de los productos libres de látex.
- También se han elaborado instrucciones para la atención en planta de estos pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS OBTENIDOS

- Por el momento hemos finalizado el procedimiento, habiendo sido muy costoso la identificación de materiales y fármacos que tienen látex, dudosos y libres de látex. los materiales y fármacos que tienen látex, estarán identificados con una etiqueta que advierta de la presencia del látex en dicho producto.
- Estamos pendientes de recibir las pulseras de identificación y de comenzar la implantación del procedimiento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES. LECCIONES APRENDIDAS

La alergia al látex no es infrecuente en los pacientes quirúrgicos, siendo motivo de incidencias con frecuencia que pueden dar lugar incluso a reacciones anafilácticas. La elaboración del procedimiento ha supuesto un ejercicio de revisión sistemática de todas las fuentes de contacto del paciente con el látex, durante todas las fases del proceso del bloque quirúrgico que nos ha proporcionado un reenfoque radical que esperamos asegure la asistencia a nuestros pacientes. Esperamos completarlo en los próximos meses.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/252 ===== ***

Nº de registro: 0252

Título
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ENFERMERIA EN PACIENTES ALERGICOS AL LATEX; IDENTIFICACION, NORMAS ACTUACION

Autores:
BONO LAMARCA MARIA TERESA, RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES, ALTABA SANZ BEATRIZ, ZARATE MONTAÑES MARIA DEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0252

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ENFERMERIA EN PACIENTES ALERGICOS AL LATEX; IDENTIFICACION, NORMAS ACTUACION

CARMEN, OLIVER MARIN LAURA, GARCIA CABAÑERO MARIA JOSE, ZAPATER CASTAÑER MARIA VICTORIA, BELLES PALLARES LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Las incidencia relacionadas con la alergia de los pacientes al látex son relativamente frecuentes en nuestro hospital. Creemos que esto ocurre porque no se suele reflejar en las historias clínicas la alergia al látex, y también porque se desconocen las pautas a seguir ante pacientes sensibles-alérgicos al latex y no siempre están identificados los materiales e instrumentos quirúrgicos que llevan látex.

RESULTADOS ESPERADOS

Correcta clasificación pacientes alérgicos---grados sensibilización
Concienciar a los profesionales del preoperatorio en la identificación específica de la alergia al látex.
Actuar correctamente en quirófano según grado sensibilización del paciente.

MÉTODO

Elaboración de un procedimiento de actuación en el quirófano ante pacientes alérgicos al látex atendiendo a los siguientes aspectos:
Coordinación personal sanitario(planta, admón., qfno) para identificar paciente
Elaboración de listado de materiales e instrumentos con látex/sin látex.
Evitación del contacto con alérgeno
Profilaxis farmacológica
Acondicionamiento del quirófano
Actuación en fase intraoperatoria. Fármacos a utilizar
Fase posoperatoria---recomendaciones al paciente

INDICADORES

Disponibilidad del procedimiento en la intranet
% de pacientes con pulsera de identificación
Número de incidencias recibidas

DURACIÓN

1º ENERO.. CONSTITUCION DEL GRUPO
2º ENERO - JUNIO--ELABORACION PROCEDIMIENTO
3º JUNIO - NOVIEMBRE-- DIFUSIÓN E IMPLANTACIÓ
4º DICIEMBRE---EVALUACION

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 - 2016/0577

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LOS COMPONENTES DE LAS PRÓTESIS TOTALES Y PARCIALES DE RODILLA Y CADERA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ ALTABA SANZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONO LAMARCA MARIA TERESA
CALDU AGUD MARIA CARMEN
CALDU AGUD PILAR
BELLES PALLARES LUCIA
OLIVER MARIN LAURA
ABIZANDA MARTINEZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES

1. La colocación de carteles identificativos del tipo de prótesis donde figura nombre, marca y dibujo de la misma al lado de cada estante.
2. Colocar a pie del componente protésico una pegatina con nombre del componente y dibujo del mismo.
3. La colocación de pegatinas donde figura claramente la fecha de caducidad en la caja del componente, en la cara que queda expuesta.
4. La elaboración de un listado de componentes protésicos donde se anotaran las caducidades de los que caduquen en los siguientes 6 meses. Esta colocado en una carpeta al lado de la estantería donde esta almacenado el material.
5. Control de caducidades una vez al mes y anotación en el listado de las que vayan a caducar en los proximos 6 meses.
6. Distribuir los estantes de almacenamiento de manera, que en cada uno de ellos, solo existirá un tipo de prótesis y una marca determinada.
7. Colocación en los estantes los componentes protésicos según fecha de caducidad, colocando delante las que vayan a caducar antes.

El proyecto se realizó según el calendario marcado a tal efecto.

RECURSOS-MATERIAL

Los recursos empleados para llevar a cabo el proyecto fueron:

La creación de unos rótulos en tamaño dina A4 con marca, nombre y dibujo de la prótesis. Se plastificaron y fueron colocados al lado de los estantes donde estan colocadas.
La creación de unas etiquetas en hojas de pegatinas con nombre y dibujo del componente, que fueron colocadas a pie del componente protésico aprovechando el marco del estante.
Elaboración de unas pegatinas para poner fecha de caducidad en la caja del componente protésico, aprovechando para ello las hojas de pegatinas que suministra el hospital.
La elaboración de un listado con cada uno de los componentes protésicos en el que apuntar las fechas de caducidad en hojas tamaño dina A3.

El proyecto se explicó en tres charlas de media hora cada una para así captar a todo el personal de enfermería y TCAES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES

- Los indicadores del proyecto se han conseguido al 100%. A día de hoy están identificados el 100% de las prótesis que caducan dentro de los 6 meses siguientes y en el 100% de las prótesis figura en un lugar visible y con números legibles la fecha de caducidad.
 - El proyecto esta disponible e implantado al 100 %.
- La fuente y el método de obtención se ha realizado a través de la implantación de un procedimiento de gestión de los componentes de las prótesis totales y parciales de cadera y rodilla.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cada uno de los participantes en el proyecto de mejora ha trabajado primero individualmente y despues de manera grupal para crear lo dispuesto en el proyecto. Nos hemos reunido varias veces y entre todos hemos realizado las actividades marcadas.
Las conclusiones son buenas, en solo golpe de vista una persona no acostumbrada a trabajar en quirófano es capaz de diferenciar tipo de prótesis y en un segundo golpe la marca.
En el siguiente localiza el implante pedido y con un mínimo error.
Es más fácil localizar los componentes que caducan primero y el trabajo es menor para la persona que lleva el control de caducidades .
Vemos sostenible la aplicación del proyecto ya que cada una de las componentes del grupo de mejora de la calidad estará implicada en su mantenimiento a lo largo del tiempo, dedicando un tiempo de su trabajo diario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0577

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LOS COMPONENTES DE LAS PRÓTESIS TOTALES Y PARCIALES DE RODILLA Y CADERA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

a su control y mantenimiento.

7. OBSERVACIONES.

Si a lo largo del 2018 incluyera el servicio de quirófano alguna otra prótesis la incluiríamos en el proyecto. Voy a mandar al correo calidadensalud@aragon.es el material que hemos realizado: rótulos, hojas de etiquetas y listado de material protésico.
Gracias

*** ===== Resumen del proyecto 2016/577 ===== ***

Nº de registro: 0577

Título
IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LOS COMPONENTES DE LAS PRÓTESIS TOTALES Y PARCIALES DE CADERA Y RODILLA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
ALTABA SANZ BEATRIZ, BONO LAMARCA MARIA TERESA, OLIVER MARIN LAURA, BELLES PALLARES LUCIA, CALDU AGUD MARIA PILAR, CALDU AGUD MARIA DEL CARMEN, ABIZANDA MARTINEZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Durante el período de acogida al personal de enfermería de quirófano algunas profesionales que ejercen como enfermera volante han expresado dudas a la hora de seleccionar los componentes de las prótesis de cadera y rodilla totales y parciales. La causa es que estos componentes están almacenados en una estantería en el antequirófano del quirófano de traumatología, según tipo de prótesis y marca pero sin ningún tipo de rótulo identificativo. Teniendo en cuenta la variedad de estos componentes (derechos, izquierdos, cementados no cementados, cerámicos, titanio, numeraciones diferentes según tamaño...etc...), la confusión entre ellos en el personal de reciente incorporación no es infrecuente, lo que origina retrasos en la intervención además de estrés en los profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS

- Permitir que una persona con poca experiencia en operaciones de prótesis de cadera y rodilla suministre los componentes que le han pedido sin ningún tipo de duda al respecto y en un tiempo mínimo.
- Organizar y distribuir en estanterías los diferentes componentes de las prótesis según el tipo (rodilla, cadera) y marca comercial, de manera que en cada estante solo podrá haber un tipo de prótesis y una marca.
- Identificar los tipos y marcas de prótesis y a su vez los componentes protésicos mediante un sistema de rótulos.
- Identificar el componente de la prótesis pedida en el menor tiempo y con la mayor seguridad posible.
- Facilitar al responsable del pedido de los componentes protésicos su trabajo a la hora comprobar caducidades, stock y realizar nuevos pedidos

MÉTODO

- Elaborar un procedimiento de gestión del almacén de componentes de prótesis.
- Elaboración de un listado de prótesis con sus componentes y marca comercial, estableciendo un sistema de control de stocks.
- Elaboración de una hoja de control de caducidades para cada tipo de prótesis, que se localizará al lado de las estanterías, donde se anotaran los componentes que vayan a caducar en los 6 meses siguientes, identificando en ella la fecha concreta.
- Identificación de la fecha de caducidad en las cajas de los componentes, mediante pegatinas colocadas en un lugar visible.
- Identificación del tipo de prótesis y marca comercial mediante la creación de unos rótulos donde figuraran claramente ambos nombres y se colocaran en la pared de ambos lados de la estantería.
- La identificación del componente protésico se realizara mediante unos rótulos en los que figuraran nombre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0577

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LOS COMPONENTES DE LAS PRÓTESIS TOTALES Y PARCIALES DE RODILLA Y CADERA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

y dibujo del componente protésico y se colocaran al pie de estos.

- Los componentes se colocaran aprovechando la estantería de madera existente, almacenándolos uno encima de otro de manera que sean visibles a simple vista la numeración. Estos componentes se ordenarán según sistema FIFO, colocando siempre los que primeros caducan en la parte delantera.

INDICADORES

- ? . Disponibilidad del procedimiento
- ? . % de componentes con caducidad inferior a seis meses identificados en la hoja de control de caducidades
- ? . % de componentes rotulados con la fecha de caducidad visible.

DURACIÓN

- ? Octubre 2016: Constitución de equipo de trabajo
- ? Noviembre-Diciembre 2016: Elaboración del procedimiento de gestión del almacén de instrumental quirúrgico
- ? Del 1 al 15 de Enero del 2017 se realizarán los listados de componentes los rótulos con los nombre de las prótesis y el de los nombres y dibujos de los componentes protésicos, así como las hojas de control de caducidades y la base de datos de componentes de cada una de las prótesis,
- ? Del 16 al 20 de Enero del 2017 se colocaran todos los rótulos identificativos y la hoja de caducidades en los sitios acordados.
- ? Febrero 2017: Difusión del procedimiento
- ? Marzo-Diciembre de 2017: implantación del procedimiento

OBSERVACIONES

Si durante el 2017 se introdujese una nueva marca de prótesis o algún componente protésico nuevo a los ya existentes, se añadirían a la base de datos y se nombrarían tal y como específico en este proyecto.

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 - 2016/1505

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL PACIENTE OSTOMIZADO AL ALTA

Fecha de entrada: 16/06/2017

2. RESPONSABLE MARTA MONTAÑES FOZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GINER VIDAL ALICIA
ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se crea formato sobre recomendaciones de enfermería para dar al paciente ostomizado al alta. En dichas recomendaciones se hace alusión a:

1. Consejos dietéticos.
2. Consejos de ejercicio y actividades de la vida diaria.
3. Tipos de ostomías y dispositivos.
4. Cuidados del estoma y cambio del dispositivo.
5. Recomendaciones importantes a tener en cuenta
6. Complicaciones del estoma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realización de folleto sobre recomendaciones de enfermería al paciente ostomizado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Realización de folleto sobre recomendaciones de enfermería al paciente ostomizado.

Se dará la información al paciente ostomizado que sea dado de alta en el Hospital de Alcañiz, en formato folleto.

7. OBSERVACIONES.

El fin del mismo, es que el paciente tenga a parte de la formación verbal, una formación en formato papel para su lectura fuera del Hospital y que sirva para mantener su autocuidado.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1505 ===== ***

Nº de registro: 1505

Título
RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL ALTA DEL PACIENTE OSTOMIZADO

Autores:
MONTAÑES FOZ MARTA, GINER VIDAL ALICIA, ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

actualmente estamos dando recomendaciones al paciente ostomizado, todo de manera verbal, sin una explicación escrita para cuando el paciente es dado de alta pueda recordar esto en su domicilio

RESULTADOS ESPERADOS

Actualizar conocimientos al paciente ostomizado al alta.
Facilitar información escrita al paciente ostomizado dado de alta en el hospital de alcañiz.

MÉTODO

Recomendaciones:
1. Cuidados del estoma y cambio del dispositivo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1505

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL PACIENTE OSTOMIZADO AL ALTA

- 2. tipos de ostomias.
- 3. Consejos dietéticos al alta.
- 4. Ejercicio y ocio.
- 5. Recomendaciones importantes.
- 6. Complicaciones

INDICADORES

Realizar las recomendaciones al paciente ostomizado.

DURACIÓN ANUAL

OBSERVACIONES

IMPRESIÓN DE FORMATO SOBRE LAS RECOMENDACIONES AL PACIENTE OSTOMIZADO

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 - 2016/1500

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES AL ALTA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN ARAGONES VILLANUEVA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VIDAL MESEGUER ANA PILAR
TENA EJARQUE MARIA DOLORES
ROSELLO SASTRE NURIA
CORRIOL PALLAS MARIA VICTORIA
HERNANDEZ GARCIA ADORACION
MUÑOZ MUNIESA MIGUEL ANGEL
DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado hojas informativas de recomendaciones al alta sobre diferentes problemas que requieren una continuidad de cuidados al alta del paciente tras un proceso de hospitalización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Consensuar dichas recomendaciones entre diferentes servicios de hospitalización.
Pendiente de colgarlas en la intranet, a través del programa de Enfermería " Notificación de Movimiento de Pacientes", para el fácil acceso de la enfermera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Importancia de revisar protocolos de las diferentes patologías, actualizar nuevas tendencias y consensuar entre los distintos servicios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1500 ===== ***

Nº de registro: 1500

Título
PROYECTO DE MEJORA SOBRE LAS RECOMENDACIONES AL ALTA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Autores:
ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN, VIDAL MESEGUER ANA, TENA EJARQUE MARIA DOLORES, ROSELLO SASTRE NURIA, CORRIOL PALLAS MARIA VICTORIA, HERNANDEZ GARCIA ADORACION, MUÑOZ MUNIESA MIGUEL ANGEL, DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Nos dimos cuenta en hospitalización, la necesidad de unificar recomendaciones por parte de enfermería, al alta de los pacientes ingresados en nuestro Hospital.

RESULTADOS ESPERADOS
Unificar recomendaciones al alta del paciente ingresado.
Facilitar el post.operatorio y/o convalecencia en su domicilio.

MÉTODO
Hemos realizado un programa de reuniones y recopilación de datos para la puesta en marcha de estas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1500

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES AL ALTA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

recomendaciones. Un proyecto para la validación de las mismas y su posterior difusión en la Intranet del Sector, para así tener actualizados todas las recoemndaciones y que todo el personal tenga acceso a ellas.

INDICADORES

Realización de recomendaciones al paciente al alta: SI/NO

DURACIÓN

Anual, a finales del 2017, debemos tener todas las recomendaciones hechas y validadas en nuestra Intranet.

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 - 2016/1168

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ERRADICADOR DEL HELICOBACTER PYLORI EN ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE PEDRO LACARTA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TURON ALCAINE JOSE MARIA
SOLANO SANCHEZ MARINA
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró un procedimiento de indicaciones de diagnóstico y tratamiento de la infección por Helicobacter pylori que incluía:

- Indicaciones de investigación de Helicobacter pylori y criterios de exclusión
- Diseño de circuito para la organización de la realización, transporte y recogida de la prueba. En el caso de Cantavieja hubo que consensuar circuito específico con el Hospital Obispo Polanco de Teruel.
- Actualización de las pautas de tratamiento
- Especificaciones sobre la investigación de la erradicación

Se difundió el documento en la Junta Técnico Asistencial en Atención Primaria creando un formato específico

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Test solicitados: 282. Muestreo aleatorio 30 casos. Implantación heterogénea: no se han recibido solicitudes de cinco centros de salud.

% de pacientes con test del aliento solicitado y con criterios de indicación presentes: 76,6% + 14,3%. La causa más frecuente de incumplimiento son: solicitud sin endoscopia en pacientes con síntomas de nueva aparición mayores de 55 años. En un caso se trató de una paciente en edad pediátrica a la que se le solicitó por dolor abdominal en ausencia de enfermedad ulcerosa. También es de reseñar un caso en el que tras tratamiento erradicador con OCAM que no funcionó, se volvió a indicar otra vez la misma pauta.

Vamos a volver a formar insistiendo especialmente en estos puntos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se está utilizando sin problemas por más de la mitad del sector, sin embargo, no se han recibido solicitudes de 5 de los centros de salud. Preocupa especialmente la indicación del test en mayores de 55 años con síntomas de nueva aparición que puedan esconder patología neoplásica. Puede constituir un proyecto de mejora para 2018 en algunos centros.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1168 ===== ***

Nº de registro: 1168

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ERRADICADOR DEL HELICOBACTER PYLORI EN ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:
LACARTA GARCIA PEDRO, TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
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 - 2016/1168

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ERRADICADOR DEL HELICOBACTER PYLORI EN ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

PROBLEMA

En este momento no está establecido en Atención Primaria del sector de Alcañiz un procedimiento de investigación de Helicobacter pylori en la patología gastroduodenal. Los pacientes se tratan empíricamente y no se verifica su erradicación, lo que no se corresponde con la evidencia recogida en las guías

RESULTADOS ESPERADOS

Introducir la determinación de Helicobacter pylori en Atención Primaria de acuerdo a los criterios de indicación establecidos en las guías. Actualizar los protocolos de erradicación de Helicobacter a lo dispuesto en el Consenso Español sobre el tratamiento de la infección por Helicobacter pylori.

MÉTODO

Elaboración de un procedimiento de actuación en Atención Primaria que incluya:

- Indicaciones de investigación de Helicobacter pylori y criterios de exclusión
- Diseño de circuito para la organización de la realización, transporte y recogida de la prueba.
- Actualización de las pautas de tratamiento
- Especificaciones sobre la investigación de la erradicación

INDICADORES

% de pacientes con test del aliento solicitado y con criterios de indicación presentes

Valor a alcanzar 100%

Límite inferior 80%

Límite superior 100%

DURACIÓN

La elaboración del proyecto se llevará a cabo de forma inmediata con su implementación posterior.

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 - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE MONICA AGUD CARDONA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLORENS PALANCA MARIA DOLORES
DOMINGUEZ FUERTES JULIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha realizado revisión bibliográfica y se ha elaborado un procedimiento de screening de cáncer de cérvix en el sector, que se ha consensado con el servicio de Ginecología.
- Se han realizado sesiones en los centros explicando el proyecto.
- Se ha incluido el indicador de evaluación dentro del contrato de gestión de las matronas de los centros de salud y de la Unidad Básica de Orientación Familiar.
- Se ha introducido el registro de OMI-AP en la Unidad Básica de Orientación Familiar del sector.
- Se ha ampliado la plantilla de matronas a partir de una plaza no cubierta y se ha reorganizado la distribución de los centros que atienden.
- Queda pendiente la introducción de la prueba de VPH en el año 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- % de pacientes entre 30-65 años a las que se ha realizado al menos una prueba VPH/citología en los últimos 5 años. Sector: 35,42% (Estándar propuesto 2017: 20-30%) (Rango 19-54%).
- Falta el otro indicador : % de pacientes entre 25-30 años a las que se ha realizado al menos una prueba de citología en los últimos 5 años 26%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados obtenidos han superado nuestras expectativas en la mayoría de los centros. Queda pendiente la introducción de la técnica de VPH. La cobertura en pacientes entre 25 y 30 años es casi 10 puntos inferior al de las pacientes de más de 30. Vamos a continuar el proyecto hasta que se establezca el crecimiento de la prevalencia, momento en que iniciaremos una actividad de captación sistemática de la población a través de los registros de OMI-AP.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1116 ===== ***

Nº de registro: 1116

Título
ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO, AGUD CARDONA MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

-Actualmente se realiza una estrategia de captación oportunista, lo que según la bibliografía suele tener resultados inferiores a la captación sistematizada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

-Hemos estimado, a partir de las citologías, que solo un tercio de las citologías del sector es realizado por las matronas de atención primaria, lo que implica la infrautilización de un recurso, así como la sobreutilización de la consulta del ginecólogo lo que se traduce en un problema de inequidad. (No sabemos la cobertura de citologías a partir de OMI-AP como se nos mostraba hace años). La captación sistematizada permitiría conducir a las pacientes a la consulta de la matrona en lugar de a la del ginecólogo reduciendo las visitas a las consultas del médico de atención primaria en busca de volante y las visitas al ginecólogo (también los desplazamientos de pacientes desde su localidad de residencia hasta Alcañiz).

-Desde hace varios años nuestro sector solo tiene un anatomopatólogo, a pesar de repetidos intentos de contratar otro anatomopatólogo más no se ha conseguido hasta la fecha. Este déficit estructural se compensa con apoyo externo, pero cada vez se retrasa más la recepción de los informes de anatomía patológica

-La sensibilidad de la prueba de VPH en mujeres entre 30-65 años ha mostrado mayor sensibilidad que la citología, aunque menos especificidad, y tiene un valor predictivo negativo del 99%. Además en otros sistemas sanitarios ha mostrado su coste-efectividad. La negatividad de esta prueba a esta edad hace que la siguiente revisión sea a los cinco años en lugar de a los tres años.

RESULTADOS ESPERADOS

-Incrementar la cobertura de la actividad de screening de cáncer de cervix en el sector de Alcañiz y con ello reducir la incidencia de cáncer de cervix avanzado.

-Incrementar la eficiencia y la equidad en las consultas de ginecología reduciendo la demanda preventiva para mejorar la accesibilidad y la dedicación en las pacientes con patología establecida.

-Incrementar la accesibilidad de los pacientes al servicio evitando desplazamientos

-Incrementar la eficiencia de la actividad de las matronas en Atención Primaria, aprovechando todo su potencial.

-Reducir la carga de informes de citologías del servicio de Anatomía Patológica redundando en una mejora de la calidad del trabajo del citado servicio y en la accesibilidad a los informes de anatomía patológica de todo el sector.

MÉTODO

Realización de las actividades de detección de cáncer de cervix en las consultas de matronas de los centros de salud e implantación de la prueba del VPH de acuerdo a las guías de práctica clínica de referencia. Consideramos un período de implantación progresiva: Al principio planteamos el reparto de folletos en las consultas de ginecología informando a las pacientes de la implantación de un nuevo método de detección precoz del cáncer de cervix que mejora la calidad del diagnóstico por citología y de que cuando vayan a pedir la revisión serán derivadas a la consulta de la matrona del centro de salud que es quien realiza la prueba. Desde el centro de salud se ofrecerá la posibilidad de realizar la citología o detección del VPH en las consultas de matronas evitando desplazamiento y entregándoles el folleto. De esta forma tras un período de transición captaremos a las pacientes que van habitualmente al ginecólogo y tendremos registros en OMI-AP que servirán para hacer los listados de las pacientes que les toca cada año, que serán avisadas por carta.

Se comunicará la actividad en el consejo de salud.

Se realizará una sesión formativa en los centros de salud.

El previsible aumento de la demanda de las matronas exige que nos planteemos recuperar la plaza de matrona de Cantavieja que tenemos en plantilla aunque sin cubrir para poder reestructurar los cupos de TIS de forma más homogénea.

INDICADORES

Definición del indicador % de pacientes

% DE PACIENTES ENTRE 30-65 AÑOS A LAS QUE SE HA REALIZADO AL MENOS UNA PRUEBA VPH/CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

% DE PACIENTES ENTRE 25-30 AÑOS A LAS QUE SE HA REALIZADO AL MENOS UNA PRUEBA de CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Fuente de Datos: OMI-AP

Valor a alcanzar A determinar en función de los primeros cortes

DURACIÓN

Se prevé la implantación progresiva en un período de 3 años.

Fecha prevista de inicio: Enero 2017 y finalización del proyecto: 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0053

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL INDICE CONUT (CONTROL NUTRICIONAL) PARA LA DETECCION DE LA DESNUTRICION HOSPITALARIA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE PAOLA GRACIA GIMENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PABLO BRUNA CARMEN
SOLE LLOP MARIA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La desnutrición es un proceso que está infradiagnosticado en los hospitales y se asocia con mayor morbimortalidad, mayor número de complicaciones y mayor estancia hospitalaria.

CONUT es una fórmula que se puede utilizar como herramienta de screening de desnutrición. Su implementación en el sistema informático del laboratorio del hospital permite el cálculo automático del índice de sospecha de desnutrición.

La fórmula emplea los resultados de colesterol total, linfocitos y albúmina, datos que se utilizan de forma rutinaria en la valoración clínica del paciente.

Mediante un sistema de puntos de emite una alerta nutricional leve, moderada o grave.

En nuestro hospital se implementó inicialmente en los servicios de Medicina Interna y Cirugía y posteriormente se ofreció la posibilidad de hacerlo en el resto de servicios bajo demanda.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

el primer resultado ha sido su propia implantación en el Hospital. Se han generado 2731 alertas en el año 2016 y 3666 en el 2017.

En el 2016 se detectaron un 36% de desnutrición leve, un 15% moderada y un 6% grave.

En el año 2017 los porcentajes fueron mayores, de 34% para la leve, 25% para la moderada y 6% para la grave.

Por otro lado ha habido una buena aceptación de dicha herramienta por parte del personal médico que se traduce en un mayor uso e incremento considerables de las alertas creadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos pendientes de realizar un estudio en profundidad que permita sacar conclusiones y establecer acciones encaminadas a mejorar el tratamiento de nuestros pacientes.

Sería interesante poder conocer los % de desnutrición por servicios y por edades para poder establecer protocolos de actuación.

También sería interesante solventar los problemas generados por el SIL que han obligado a los Facultativos de Servicio de Bioquímica a activar el cálculo de forma individual con cada petición, lo cual puede retrasar el informe además de dificultar su implementación en todo el hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/53 ===== ***

Nº de registro: 0053

Título
IMPLANTACION DEL INDICE CONUT (CONTROL NUTRICIONAL) PARA LA DETECCION DE LA DESNUTRICION HOSPITALARIA

Autores:
GRACIA GIMENO PAULA, PABLO BRUNA CARMEN, SOLE LLOP ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0053

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL INDICE CONUT (CONTROL NUTRICIONAL) PARA LA DETECCION DE LA DESNUTRICION HOSPITALARIA

PROBLEMA

La desnutrición es un problema de gran importancia en el ámbito hospitalario y a pesar de ello no es tenido en gran consideración ni por los especialistas ni por los encargados de Salud Pública. Se calcula que los índices de desnutrición hospitalaria oscilan entre el 30 y el 70%.

Este desorden tiene consecuencias en el sistema inmune, tracto digestivo, función cardio-respiratoria y cicatrización de heridas, lo que se asocia con un incremento de la morbi mortalidad de las complicaciones postoperatorias y de la estancia hospitalaria, lo que además de ir en detrimento del paciente también repercute en el gasto hospitalario.

Desde hace unos años se ha desarrollado un índice que permite evaluar el riesgo de desnutrición en los pacientes mediante los parámetros analíticos: albúmina sérica, colesterol total y el recuento de linfocitos totales. Este índice se procesa y genera automáticamente por el Sistema informático de laboratorio y se traduce en una alerta de desnutrición leve, moderada o severa.

RESULTADOS ESPERADOS

El índice CONUT permite al médico responsable:

- detectar el riesgo de desnutrición
- iniciar el tratamiento adecuado
- monitorizar la respuesta al tratamiento.

MÉTODO

- Implementación de la herramienta informática en el SIL (Sistema informático de Laboratorio).

El índice se calcula mediante los siguientes parámetros: albúmina, colesterol y linfocitos.

Albúmina:

- >3.5 g/dl 0 puntos
- 3.5- 2.99 2 puntos
- 2.5- 2.99 4 puntos
- <2.5 6 puntos

Colesterol:

- >180 mg/dl 0 puntos
- 140- 179 1 punto
- 100- 139 2 puntos
- <100 3 puntos

Linfocitos:

- >1.6 linfo /ml 0 puntos
- 1.2- 1.59 1 punto
- 0.8- 1.19 2 puntos
- >0.8 3 puntos

según la puntuación global se estratifica:

Sin riesgo de desnutrición	0-1 puntos
Riesgo leve de desnutrición	2-4 puntos
Riesgo moderado de desnutrición	5-8 puntos
riesgo grave de desnutrición	9-12 puntos

- Introducir el índice en el perfil de ingreso de todos los pacientes hospitalizados.

INDICADORES

- Analizar los resultados a lo largo de los meses para ver la adecuación a este perfil y ver si se añade a otros pacientes.
- Pasar una encuesta para ver el tipo de acción tomada por los médicos responsables ante la constatación de un riesgo nutricional en sus pacientes.
- Elaborar unas conclusiones y recomendaciones para hacerlas llegar a los médicos del Hospital.

DURACIÓN

Febrero 2016

Introducción del índice CONUT en el SIL

Septiembre 2016

Estadística de CONUTS realizados en el periodo de febrero a agosto. Análisis de datos y realización de encuesta de satisfacción.

Octubre-Diciembre 2016

Analizar resultados y elaborar conclusiones y recomendaciones.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0053

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL INDICE CONUT (CONTROL NUTRICIONAL) PARA LA DETECCION DE LA DESNUTRICION HOSPITALARIA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0812

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE SISTEMAS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA (TPN) EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE FERNANDO MARTINEZ UBIETO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BLASCO GIL SILVIA
VALENZUELA MARTINEZ MARIA JOSE
PRADES ALQUEZAR MARIA PILAR
ALSINA PUJOL MONTSERRAT
ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA
RAMIREZ RODRIGUEZ ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el primer trimestre del año 2017 se realizó una búsqueda de guías basadas en la evidencia tanto en nuestro entorno, mediante GuiaSalud, como en el entorno internacional mediante la búsqueda en NHS evidence, Nacional ClearingHouse y Pubmed, recurriendo a la búsqueda bibliográfica estándar en aquellos aspectos donde se echó de menos alguna fuente de evidencia más reciente. Tras la misma se procedió a la elaboración, difusión e implementación del protocolo "Manejo de sistemas de terapia de presión negativa (TPN) en el tratamiento de heridas".

Nuestro principal objetivo era ofrecer a los profesionales un plan de actuación para el tratamiento de las heridas mediante sistemas de TPN con criterios de aplicación consensuados, así como unas instrucciones claras y concisas acerca del manejo de los mismos. Como objetivos específicos nos planteamos los siguientes:

- Conseguir que todos los pacientes con indicación de TPN fueran tratados con TPN
- Comprobar que la aplicación de TPN no incrementaba la incidencia de infecciones en pacientes tratados con ella
- Gestión de casos: Continuidad de los cuidados interniveles, atención especializada y primaria.
- Garantizar la seguridad del paciente mediante una correcta aplicación de estos sistemas.
- Mejorar el conocimiento teórico y las habilidades técnicas de los profesionales sanitarios implicados en su manejo.
- Mejorar el conocimiento de los pacientes acerca del manejo básico de los equipos de TPN mediante la "Guía para pacientes".

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Reportamos estudio observacional descriptivo y retrospectivo que incluye un total de 6 pacientes con heridas de diversa etiología que fueron tratados con sistemas de terapia de presión negativa durante el segundo y tercer trimestre del año 2017 siguiendo el protocolo elaborado.

El 67% de los pacientes fueron mujeres frente al 33% de varones, con una media de edad de 59 años. Con 25 años el paciente más joven y 79 el más longevo.

Las evidencias actuales demuestran que este tratamiento se puede utilizar en numerosos tipos de heridas agudas y crónicas.

En nuestro estudio la etiología de las heridas tratadas con sistemas de terapia de presión negativa fue muy variada:

- Úlcera por presión (UPP) (33%)
- Dehiscencia de herida abdominal con exposición de malla quirúrgica (14%)
- Recidiva de sinus sacrocoxígeo (14%)
- Extrusión prótesis mamaria (550 cc) tras mastectomía subcutánea (14%)
- Úlcera con orificio fistuloso sobre cicatriz externa tras cirugía por fractura conminuta de astrágalo y peroné y colocación de material de osteosíntesis (14%)

Desde el punto de vista etiológico, todas las heridas cumplían criterios, según protocolo, para la utilización de los sistemas de TPN como parte fundamental de la estrategia terapéutica propuesta para cada paciente.

Tabla 1.- Tipos de heridas con criterio de tratamiento con TPN según protocolo

1. Heridas crónicas: úlceras por presión (grado III-IV)
2. Pie diabético
- Osteomielitis (Tras desbridamiento quirúrgico)
- Infecciones necrosantes (Tras desbridamiento quirúrgico)
- UPD en proceso no evolutivo
- Amputaciones mayores y menores
- Procedimientos asociados al pie diabético isquémico
3. Heridas traumáticas: hematomas subcutáneos de gran tamaño, heridas con grandes defectos tisulares.
4. Heridas quirúrgicas que dadas sus características no han permitido un cierre primario.
5. Dehiscencia post-quirúrgica,
6. Heridas agudas o subagudas profundas con abundante exudado, con exposición de estructuras corporales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0812

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE SISTEMAS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA (TPN) EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS

(vasos, órganos, tendones...) o bien material ortoprotésico que precisan de un cierre temprano.
7. Fistulas entero-cutáneas

No hubo ningún paciente con indicación de tratamiento con sistemas de TPN al que no se le aplicara dicho tratamiento. Cumpliéndose de ese modo uno de los criterios de evaluación:

- N° de pacientes con heridas con criterios para tratamiento con TPN tratados con TPN en 6 meses /N° total (tratados y no tratados) de pacientes con heridas con criterios para tratamiento con TPN en 6 meses X 100 (Fuente: CMDB y registros de Enfermería)= 100%

Respecto a las dimensiones de las heridas tratadas, bien por extensión o profundidad, la indicación de los sistemas de TPN fue adecuada. Así como por el elevado nivel de exudado que presentaban las mismas. Salvo en uno de los casos cuya indicación fue acelerar el proceso de cicatrización para evitar la exposición del material de osteosíntesis ante las importantes consecuencias que ello conllevaría.

Ninguna de las lesiones presentó contraindicación alguna para la aplicación de este tratamiento en el momento de la indicación.

En uno de nuestros casos, y ante la sospecha de osteomielitis (OM) se solicitó TC y gammagrafía ósea que descartaron dicha afectación y se procedió a la aplicación del tratamiento. Si bien el tratamiento con TPN se ha utilizado de forma satisfactoria en algunos casos de osteomielitis, combinando el desbridamiento extenso y en profundidad de la herida, incluyendo la escisión del hueso avascular o claramente infectado, con un tratamiento adyuvante apropiado con antibióticos.

En otro de los casos, inicialmente no se tuvo sospecha de afectación ósea y se inició tratamiento con sistemas de TPN. Sin embargo, en controles posteriores se apreció una fístula con prueba de contacto óseo positiva por lo que se realizó control radiológico que mostró signos de OM. Tras valoración de la situación general de la paciente, comorbilidades y el estado de la lesión se decidió retirar la TPN e iniciar tratamiento antibiótico.

Ninguno de los pacientes incluidos en el estudio presentó signos de infección durante la aplicación del tratamiento. Solamente uno de los casos presentó una dermatitis de contacto leve que se resolvió mediante la aplicación de productos de barrera cutánea no irritante.

- N° de pacientes con signos clínicos de infección en tratamiento con sistemas de TPN durante un periodo de 6 meses /N° de pacientes en tratamiento con sistemas de TPN en el periodo de 6 meses x 100 (Fuente: Registros de enfermería) = 0%

A pesar de la limitación de nuestra muestra los resultados avalan los resultados de estudios más relevantes acerca de la seguridad de este tratamiento.

En el 50% de los casos se inició el tratamiento durante el ingreso hospitalario de los pacientes con una media de 9 días de ingreso. El 67% de estos casos prosiguió el tratamiento con sistemas de TPN a nivel domiciliario.

El tratamiento debe ser interrumpido si se han alcanzado los objetivos planteados, si dichos objetivos no se alcanzan en un período de tiempo razonable o si el paciente no lo tolera o causa complicaciones. En nuestro estudio la media de días de tratamiento con sistemas de TPN fue de 39 días.

En el 100% de los casos se alcanzaron los objetivos terapéuticos planteados al elegir la utilización de sistemas de TPN como parte del tratamiento integral del manejo de las heridas. A destacar, que en el 50% de los casos se consiguió la cicatrización completa de las lesiones y en el 33%, el uso de los sistemas de TPN permitió el manejo de las lesiones mediante curas en ambiente húmedo (CAH). Se decidió finalizar el tratamiento en el 17% restante por aparición de OM.

Bibliografía:

1.- European Wound Management Association (EWMA). Documento de posicionamiento: La presión tópica negativa en el tratamiento de heridas. Londres: MEP Ltd, 2007.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La utilización de sistemas de TPN es una opción de tratamiento válida que ofrece ventajas tanto para el paciente, por la aceleración en el proceso de cicatrización, como para el sistema sanitario por la menor carga de trabajo para el personal de enfermería, así como por la disminución de la necesidad de ingreso hospitalario. Gracias a la protocolización de la utilización de sistemas de TPN se consigue una mayor efectividad en el manejo de esta terapia de tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0812

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE SISTEMAS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA (TPN) EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/812 ===== ***

Nº de registro: 0812

Título
ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE SISTEMAS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA (TPN) EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS

Autores:
MARTINEZ UBIETO FERNANDO, BLASCO GIL SILVIA, VALENZUELA MARTINEZ MARIA JOSE, ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN, PRADES ALQUEZAR MARIA PILAR, ALSINA PUJOL MONTSERRAT, ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA, RAMIREZ RODRIGUEZ ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: HERIDAS COMPLEJAS
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 utilización de presión negativa con fines médicos ha presentado una evolución muy significativa a lo largo de la historia remontándonos al año 600 a.C. cuando ya se utilizaba para la extracción del veneno de las heridas. Fue en la década de los 90 cuando Argenta y Morykwas desarrollaron el sistema "Método de terapia de heridas con presión negativa" que consistía en el drenaje asistido por vacío de sangre o líquido seroso de una herida o lecho quirúrgico, sentando las bases de este método cuyos sistemas han ido mejorando con el paso de los años. De eficacia demostrada en heridas de diversa etiología su utilización ha sido algo dispar quizá por desconocimiento o la falsa creencia de que son terapias caras con escasa coste-efectividad. La utilización de sistemas de Terapia de Presión Negativa (TPN) es una alternativa de tratamiento en heridas complejas o con grandes defectos cutáneos que presentan exudados abundantes permitiendo reducir el número de curas. Ello nos permite acelerar los tiempos de cicatrización y por tanto los costes adicionales al disminuir las estancias inadecuadas, incluso evitando el ingreso en algunos casos, permitiendo un tratamiento ambulatorio. Ello va asociado a una menor incidencia de complicaciones, frecuentes en este tipo de lesiones sin que la calidad de vida del paciente se vea afectada. Encontramos diversos estudios a nivel europeo centrados en el análisis de coste-efectividad de esta intervención en heridas de diversa etiología. Si bien la experiencia en el servicio de Cirugía de nuestro centro es amplia en el manejo de este tipo de tratamiento para la curación de heridas, consideramos necesaria la realización de este protocolo para sistematizar y consensuar los criterios de utilización del mismo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Facilitar la toma de decisiones en cuanto a la indicación de utilización de los sistemas de TPN en el manejo de heridas.
- Dar a conocer este tipo de sistemas entre el personal que vaya a estar implicado tanto en la indicación como el manejo de los mismos.
- Evitar variabilidad o técnicas incorrectas a la hora de aplicar los sistemas de TPN.

MÉTODO

1. Revisión bibliografía del tema
2. Elaboración del protocolo
3. Revisión y aprobación del protocolo
4. Implementación del protocolo
5. Elaboración de un tríptico informativo para pacientes y personal sanitario y difusión del mismo.
6. Análisis de los resultados

INDICADORES

- Nº de curas mediante apósitos convencionales o avanzados para la curación de heridas en un paciente en comparación con el nº de curas mediante TPN en el mismo paciente en un periodo de 48 horas. (Fuente: Registros de Enfermería)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0812

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE SISTEMAS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA (TPN) EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS

- N° de pacientes con signos clínicos de infección en tratamiento con sistemas de TPN durante un periodo de 3 meses /N° de pacientes en tratamiento con sistemas de TPN en el periodo de 3 meses x 100 (Fuente: Registros de enfermería)
- N° de días de ingreso de pacientes con heridas con criterios para tratamiento con TPN tratados con sistemas de TPN en un periodo de 3 meses/ N° de días de ingreso de pacientes con heridas con criterios para tratamiento con TPN no tratados durante el periodo de 3 meses x 100 (Fuente: Registros de Enfermería)
- N° pacientes con herida abierta que precisan más de una cura diaria por exceso de exudado/ N° de pacientes ingresados en planta el día de la medición x 100 (Fuente: Registros de Enfermería y de Admisión de enfermos)
- N° de pacientes con heridas con criterios para tratamiento con TPN tratados con TPN en 3 meses /N° total (tratados y no tratados) de pacientes con heridas con criterios para tratamiento con TPN en 3 meses X 100 (Fuente: CMBD y registros de Enfermería)

DURACIÓN

- Tercer trimestre del 2016:

Elaboración protocolo

- Primer trimestre 2017:

Implementación y difusión del protocolo a los servicios proveedores.

- Segundo trimestre del 2017:

Recogida de datos y evaluación de resultados

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 - 2016/0819

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE HERIDAS CRONICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE SILVIA BLASCO GIL
 · Profesión ENFERMERO/A
 · Centro H ALCAÑIZ
 · Localidad ALCANIZ
 · Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
 · Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 ALBIAC ANDREU MANUEL
 GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA
 BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO
 BUENO DELGADO ALVARO
 GRACIA ROCHE CARLOS
 ARTAJONA RODRIGO ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el periodo comprendido desde Noviembre de 2016 a Enero de 2017 se procedió a la elaboración del procedimiento de organización y gestión de la consulta de heridas con énfasis en el diagrama de flujo entre atención primaria, consulta de heridas y especialistas, centrado en la figura de la enfermera de la consulta de heridas del hospital que actuaría como "gatekeeper" dentro del sistema. Los objetivos planteados fueron mejorar la accesibilidad a la consulta de heridas a profesionales y pacientes con heridas crónicas pertenecientes al Sector de Alcañiz procedentes de los diferentes niveles asistenciales (Primaria, Especializada y Sociosanitaria), para asesoría especializada en el diagnóstico, tratamiento, educación para la salud o cualquier otra actuación posible desde la consulta. Así como, mejorar la comunicación interniveles asistenciales lo cual permitiría mantener una continuidad en los cuidados evitando la variabilidad clínica y, de ese modo, reducir los tiempos de curación de las heridas.

Dicho procedimiento permitirá la comunicación entre AP y la consulta de heridas, al conseguir una rápida valoración del paciente en consulta o a través de plataforma telemática (intranet) evitando el desplazamiento de los pacientes a la misma.

El cuidado y tratamiento de las heridas crónicas precisa de un enfoque multidisciplinar y por ello se estableció contacto y se consensuaron criterios clínicos de derivación con las diferentes especialidades médicas que pudieran verse implicadas en el mismo: cirugía, medicina interna y rehabilitación.

Se elaboró un protocolo de enfermería para el manejo de heridas crónicas.

En febrero de 2017 se llevó a cabo la difusión del procedimiento a los servicios proveedores/clientes de los distintos niveles asistenciales.

En Diciembre de 2017 se ha procedido a la evaluación de los datos recogidos entre los meses de Febrero y Marzo de 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Reportamos estudio observacional descriptivo y retrospectivo que incluye un total 59 pacientes atendidos en la Consulta de heridas crónicas y pie diabético cuya procedencia ha sido Atención Primaria en el 66% de los casos (39), Atención Especializada con un 17% de los casos (10) y el 17% restante de los casos (10) han sido remitidos a través de la plataforma telemática (Intranet-control de heridas).

En cuanto a la etiología de las lesiones tratadas ha sido muy variable y se relaciona del siguiente modo:

Etiología de las lesiones	Número de casos	Porcentaje
Úlcera de Pie Diabético	16	27%
Úlcera venosa	13	22%
Úlcera Por Presión	11	18%
Úlcera arterial	2	3%
Dehiscencia herida quirúrgica	2	3%
Mordedura de perro	2	3%
Quemadura	2	3%
Herida post-traumática	2	3%
Enfermedad ampollosa	2	3%
Hematoma subcutáneo	1	2%
Sinus pilonidal	1	2%
Foliculitis	1	2%
Fístula por rechazo de material de osteosíntesis	1	2%
Úlcera de Martorell	1	2%
Abceso de mama	1	2%
Dermatosis purpúrica pigmentada	1	2%

Por tratarse de la etiología más prevalente entre los casos valorados y tratados en la consulta procederemos a un análisis más exhaustivo de las úlceras de pie diabético (UPD).

El 80% de los pacientes que presentaban UPD estaban diagnosticados de DM tipo II con una evolución entre 5 y 10 años de la misma. Las úlceras fueron remitidas a la consulta tras una media de 56 días de evolución.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0819

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE HERIDAS CRONICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Siendo de 122 días para el resto de etiologías.

De las 16 UPD valoradas la etiología neuropática fue la más prevalente con un 56% de los casos, seguida de la neuroisquémica con un 38% y la isquémica con un 6%.

Atendiendo a la clasificación de UPD de la Universidad de Texas esta fue la relación de las lesiones:

Estadificación N° de casos

- IA 4
- IIA 2
- IIIA 1
- IIIB 2
- IC 2
- IIIC 3
- IIID 2

El 50% de los pacientes fueron remitidos para ser valorados por el servicio de Cirugía Vasculardel Hospital Universitario Miguel Servet, en el caso de remisión urgente, o bien del Hospital Nuestra Señora de Gracia en el resto de los casos.

El dolor es uno de los peores aspectos y, probablemente, el más infravalorado y por ende tratado, de padecer una úlcera crónica. Siendo precisa la valoración y el control del mismo como partes fundamentales del plan de cuidados del paciente.

Se valoró el dolor de los pacientes mediante la Escala Visual Analógica (EVA) considerando dolor leve una puntuación entre 0-2, dolor moderado entre 3-7 e intenso una puntuación superior a 7.

El 51% de los pacientes referían dolor moderado, dolor leve un 42% y un 7% refirió dolor intenso en la valoración inicial.

El porcentaje de curación de las lesiones valoradas y tratadas en este tiempo en la Consulta de heridas ha sido de un 41%.

- Número de consultas recibidas por intranet 10 casos (17%)
- % de pacientes con lesión que han requerido la derivación a la consulta de cirugía general 42% (25 casos)
- % de pacientes ingresados de urgencia desde la consulta 5% (3 casos)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha del procedimiento elaborado ha permitido proporcionar cuidados integrales de calidad a través de un equipo multidisciplinar a las personas con heridas crónicas atendidas así como mejorar la comunicación y coordinación entre los distintos niveles de salud y profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/819 ===== ***

N° de registro: 0819

Título
PROCEDIMIENTO DE GESTION DE HERIDAS CRONICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Autores:
BLASCO GIL SILVIA, ALBIAC ANDREU MANUEL, GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA, BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO, BUENO DELGADO ALVARO, GRACIA ROCHE CARLOS, ARTAJONA RODRIGO ESTHER, TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: HERIDA ABIERTA COMPLICADA
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0819

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE HERIDAS CRONICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

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

PROBLEMA

Las heridas crónicas representan un verdadero problema de salud que conlleva importantes repercusiones tanto a nivel del paciente que las sufre, como en el ámbito socio-sanitario debido al consumo de recursos que implica su atención. Viéndose incrementados de forma considerable los costes para el sistema de salud. Existe una variabilidad clínica en la atención prestada a estos pacientes que conlleva mantener a pacientes en el ámbito domiciliario cuando precisarían de una atención especializada. Con este procedimiento pretendemos ofrecer una mejor gestión de las heridas crónicas en nuestro sector desde una perspectiva integral y multidisciplinar

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la accesibilidad a la consulta de heridas a profesionales y pacientes con heridas crónicas pertenecientes al Sector de Alcañiz procedentes de los diferentes niveles asistenciales (Primaria, Especializada y Sociosanitaria), para asesoría especializada en el diagnóstico, tratamiento, educación para la salud o cualquier otra actuación posible desde la consulta.
- Mejorar la comunicación interniveles asistenciales lo cual permitirá mantener una continuidad en los cuidados evitando la variabilidad clínica y reduciendo los tiempos de curación de las heridas.

MÉTODO

1. Elaboración de un procedimiento de organización y gestión de una consulta de heridas con énfasis en el diagrama de flujo entre atención primaria, consulta de heridas y especialistas, centrado en la figura de la enfermera de la consulta de heridas del hospital que actuará como "gatekeeper" dentro del sistema:
La comunicación entre AP y la consulta de heridas podrá realizarse a través de plataforma telemática (intranet) evitando el desplazamiento de los pacientes a la consulta
Se establecerán criterios de derivación entre la enfermera de la consulta de heridas y los especialistas correspondientes.
Se crearán los procedimientos clínicos correspondientes.

2. Difusión del procedimiento a los servicios proveedores/clientes de los distintos niveles asistenciales

3. Evaluación anual de indicadores

INDICADORES

- Disponibilidad del procedimiento
- Número de consultas recibidas por intranet
- Encuesta de satisfacción a los coordinadores de enfermería de atención primaria
- % de pacientes que han requerido la derivación a la consulta del cirujano
- Pacientes ingresados de urgencia desde la consultax100/Total de pacientes atendidos en la unidad
- Pacientes derivados a cirujanox100/Total de pacientes atendidos en la unidad

DURACIÓN

- Noviembre16-Enero17 Elaboración del procedimiento
- Febrero 2017. Difusión del procedimiento a los servicios proveedores/clientes
- Diciembre 17. Evaluación de resultados

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 - 2016/0215

1. TÍTULO

MONITORIZACION INFORMATICA DEL REGISTRO DE LAVADO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE SUSANA RODRIGUEZ ALBA
· Profesión TEL
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALEZ VAQUERO CARMEN
FERRANDO RAMOS MARIA JESUS
FUSTER BUJ MARIA ELENA
SANCHEZ ROYO JOSE ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-HEMOS REALIZADO REUNIONES TRIMESTRALES PARA ANALIZAR, VALORAR Y EVALUAR TODO LO QUE ESTABAMOS REALIZANDO.
-HEOS CONSEGUIDO INTRODUCIR TODOS LOS REGISTROS DE LA ZONA DE RECEPCIÓN Y LAVADO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION. SEGUIMOS CON FORMATO PAPEL POR LA SITUACIÓN ESPECIAL DE NUESTRA CENTRAL, QUE EN NOCHES, FINES DE SEMANA Y FESTIVOS EL PERSONAL DE QUIRÓFANO SE HACE CARGO DE ELLA.
-HEMOS CONSEGUIDO UNA BUENA MONITORIZACIÓN E LOS INDICADORES DE LA CENTRAL EN LA ZONA DE RECEPCIÓN Y LAVADO.
-SE COMIENZA A CONTROLAR EL INDICADOR A PARTIR DE OCTUBRE DE 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR: ERRORES O AUSENCIA DE REGISTRO INFORMÁTICAMENTE EN EL PROCESO DE LAVADO: N° DE CICLOS CON ERRORES O AUSENCIA DE REGISTRO DE LAVADO X 100/N° DE CICLOS LAVADOS(INFORMÁTICAMENTE)
ESTANDAR<30%
RESULTADO DE OCUBRE/NOVIEMBRE/DICIEMBRE 17: 1%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-DISPONEMOS DE UN ORDENADOR CON UN SOFTWARE MUY ANTIGUO QUE JUNTO CON LA MALA CONEXION A INTERNET QUE DISPONE EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN NOS DIFICULTA MUCHO LA TAREA DE INTRODUCCION DE DATOS AL SISTEMA Y AÚN ASÍ HEMOS CONSEGUIDO REALIZAR UNA BUENA IMPLEMENTACIÓN. VA MUY LENTO Y SE CUELGA MUCHAS VECES A LO LARGO DE LA JORNADA.
-SEGUIMOS MONITORIZANDO A LO LARGO DE 2018.
-NOS FACILITA LOS RESULTADOS MENSUALES DE LOS INDICADORES DE LA ZONA DE RECEPCIÓN Y LAVADO, PERSO SE PODÍA MEJORAR EL OBTENER ESTOS RESULTADOS SI EL PROGRAMA DE TRAZABILIDAD LO IMPUSIESE EL SALUD EN LA VERSION ACTUALIZADA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/215 ===== ***

Nº de registro: 0215

Título
MONITORIZACION INFORMATICA DEL REGISTRO DE LAVADO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
RODRIGUEZ ALBA SUSANA, GONZALEZ VAQUERO CARMEN, GUILLEN PISA ANA, FUSTER BUJ MARIA ELENA, FERRANDO RAMOS MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente se dispone de un programa de registro informatizado en la central de esterilización (TRAZ-INS) que se ha ejecutado de forma limitada en el proceso de esterilización. Sin embargo, el registro de lavado sigue

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0215

1. TÍTULO

MONITORIZACION INFORMATICA DEL REGISTRO DE LAVADO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

siendo en papel.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la trazabilidad del instrumental lavado.
Facilitar el trabajo al personal evitando registro en papel.
Facilitar la monitorización de los indicadores de la central de esterilización

MÉTODO

- Unificación de la designación de los materiales
- Elaboración del listado de material
- Introducción en el programa TRAZ-INS
- Modificación del proceso de lavado y documentación relacionada en lo relativo a registro
- Implantación de la nueva versión del proceso de lavado y documentos asociados.

INDICADORES

% de material lavado registrado en el programa TRAZ-INS

DURACIÓN

Enero 2017: Listado de material y unificación de la designación de los materiales
Febrero-Junio 2017: Introducción en el programa TRAZ-INS
Febrero 2017. Modificación del proceso de lavado y documentación asociada
Julio-Septiembre 2017: Implantación de las modificaciones del proceso
Diciembre 2017. Evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0216

1. TÍTULO

REGISTRO INFORMATIZADO DE MATERIAL EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE CARMEN GONZALEZ VAQUERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RODRIGUEZ ALBA SUSANA
FUSTER BUJ MARIA ELENA
FERRANDO RAMOS MARIA JESUS
SANCHEZ ROYO JOSE ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-SE REALIZAN REUNIONES TRIMESTRALES PARA IR REVISANDO EL PROCESO.
-REVISAR TODOS LOS DATOS QUE HAY INTRODUCIDOS HASTA AHORA(ENERO 2017) EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO TRAZINS, TENIENDO EN CUENTA TANTO LOS CONTENEDORES QUE HAY COMO SI ESTÁ CORRECTAMENTE REGISTRADO EL MÉTODO DE ESTERILIZACIÓN COMO EL MÉTODO DE LAVADO(SON CAMPOS QUE ENTRAN DENTRO DEL REGISTRO).
-SE ACTUALIZAN LOS DATOS EN EL PROGRAMA Y SE INTRODUCE EL MATERIAL EMBOLSADO(QUE NO ESTABA REGISTRADO), JUSTIFICANDO QUE HAY CONTENEDORES QUE HAN CAMBIADO DE SITUACIÓN O BIEN NO ESTABAN BIEN REAGRUPADOS.MATERIAL DE LA ESPECIALIDAD, MATERIAL EN DEPÓSITO(CONTENEDORES O MATERIAL QUE NOS DEJAN LAS CASAS COMERCIALES) Y MATERIAL EN PRÉSTAMO(MATERIAL ITINERANTE, QUE VIENE PARA UNA INTERVENCIÓN CONCRETA SE PROCESA Y SE VA).
-EN LA CENTRAL SE REALIZA UN LISTADO EN UNA LIBRETA DE TODO EL MATERIAL QUE VAN OBSERVAN QUE NO ESTÁ INTRODUCIDO EN EL PROGRAMA TRAZINS EN EL CAMPO CORRECTO:CONTENEDORES O MATERIAL SIN CODIFICAR.
-CARMEN GONZÁLEZ COMO RESPONSABLE DE LA CENTRAL LO INTRODUCE CADA 15 DÍAS O MES SEGÚN DISPONIBILIDAD.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% DE CONTENEDORES QUE TIENEN LA INFORMACIÓN ACTUALIZADA: 100%
% DE MATERIAL EMBOLSADO DE QUIRÓFANO REGISTRADO: 100%.
%DE MATERIAL EMBOLSADO DE PLANTAS REGISTRADO:100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-TENIAMOS MUCHOS MATERIALES:CONTENEDORES, MATERIAL DE CENTROS DE SALUD, MATERIAL DE PLANTAS, MATERIAL ITINERANTE, MATERIAL PRESTADO SIN ASIGNACIÓN, SE ITNRODUCÍA TODO EN LA HOJA DE CARGA EN EL CAMPO "SIN CODIFICAR", ADEMÁS EN GENERAL SIN ESPECIFICAR ARTÍCULOS, Y HEMOS CONSEGUIDO PODER CLASIFICAR BASTANTE MATERIAL, CONTENEDORES.. QUE DE ESTA MANERA AUMENTA LA TRAZABILIDAD DEL PRODUCTO Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON EL MATERIAL QUE ESTAMOS USANDO.

7. OBSERVACIONES.

SERÍA INTERESANTE PODER CONCLUIR ESTE PROYECTO CON OTRO PROYECTO UNIDO CON UN REGISTRO FOTOGRÁFICO DE MATERIAL EMBOLSADO, DEL MATERIAL DE TODOS LOS CONTENEDORES TANTO LOS DE DEPÓSITO COMO LOS ITINERANTES...

*** ===== Resumen del proyecto 2016/216 ===== ***

Nº de registro: 0216

Título
REGISTRO INFORMATIZADO DE MATERIAL EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
GONZÁLEZ VAQUERO CARMEN, RODRIGUEZ ALBA SUSANA, GUILLEN PISA ANA, FUSTER BUJ MARIA ELENA, FERRANDO RAMOS MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0216

1. TÍTULO

REGISTRO INFORMATIZADO DE MATERIAL EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

PROBLEMA

Desde hace meses disponemos del programa TRAZ-INS que facilita el registro de las cargas del esterilizador mejorando la trazabilidad del proceso de esterilización. En el momento actual se han registrado todas las cajas de material, pero falta de incluir el material suelto.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la trazabilidad de la esterilización del material suelto.
Facilitar el trabajo al personal evitando registro en papel.
Facilitar la monitorización de los indicadores de la central de esterilización

MÉTODO

- Unificación de la designación de los materiales
- Elaboración del listado de material
- Introducción en el programa TRAZ-INS
- Modificación del proceso de esterilización y documentos relacionados en lo relativo a registro
- Implantación de la nueva versión del procedimiento de esterilización.

INDICADORES

% de material suelto registrado en el programa TRAZ-INS

DURACIÓN

Enero 2017: Listado de material y unificación de la designación de los materiales
Febrero-Junio 2017: Introducción en el programa TRAZ-INS
Febrero 2017. Modificación del proceso de esterilización y documentos asociados
Julio-Septiembre 2017: Implantación de las modificaciones del proceso
Diciembre 2017. Evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0037

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL AREA DE PACIENTES AMBULANTES HEMATOLOGICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ISABEL VARELA MARTINEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PERDIGUER RODRIGUEZ LUIS
SANCHO VAL LUIS IGNACIO
BALFAGON ORTIZ BEATRIZ
LABORDA GALICIA NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Revisión y configuración del Maestro de Artículos (Farmatools®)
- Configuración del programa informático de Gestión de Pacientes Ambulantes(GPA)(Farmatools®)
- Prescripción médica electrónica.
- Validación farmacéutica electrónica.
- Impresión de las hojas de preparación y etiquetas por paciente y mezcla intravenosa a preparar.
- Mejora del control de calidad de las mezclas intravenosas.
- Gestión del stock de fármacos e imputación del consumo por paciente, fármaco y unidad clínica

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La revisión y actualización del Maestro de Artículos así como la configuración del programa informático se iniciaron en Junio del 2016. Este proceso de actualización es continuo de manera que se siguen incorporando los nuevos medicamentos adquiridos a la base de datos e incluyendo los nuevos ciclos de tratamiento en el programa de Gestión de Pacientes Ambulantes según demanda por parte de Hematología.

La formación al personal de Farmacia implicado se desarrolló después del proceso de configuración y la implantación del programa informático en el Servicio de Farmacia se realizó en Octubre de 2016.

Posteriormente se llevaron a cabo sesiones de apoyo a Hematología durante Marzo y Abril de 2017. La prescripción electrónica médica comenzó en Marzo del 2017 pero a partir de Septiembre las prescripciones volvieron al formato papel.

Sin embargo el Servicio de Farmacia ha continuado trabajando con el programa informático incorporando al mismo todas las prescripciones que recibe del Servicio de Hematología. Por este motivo la trazabilidad, la gestión del stock y la calidad en la preparación de las mezclas intravenosas así como la imputación del consumo por paciente y Servicio no se han visto afectadas por la no prescripción médica electrónica por parte del Servicio de Hematología.

En total, se han validado electrónicamente 13 pacientes durante el 2017, lo que han supuesto un total de 909 mezclas elaboradas (que no ciclos por paciente).

Con respecto a los indicadores:

- N° de prescripciones médicas electrónicas del servicio de Hematología versus no electrónicas del total de prescripciones médicas del servicio de Hematología: de las 909 mezclas elaboradas, hematología ha validado 149 órdenes de tratamiento y Farmacia 683. Por lo tanto, los hematólogos han prescrito electrónicamente un 21,9% de los tratamientos.

- N° de mezclas intravenosas preparadas mediante proceso informático del Servicio de Hematología versus no electrónicas del total de mezclas intravenosas preparadas del servicio de Hematología: el 100% de las mezclas intravenosas están reflejadas en el programa informático ya fuera a través de prescripción electrónicas por parte de Hematología o por transcripción de la orden médica en formato papel por parte de los farmacéuticos al programa de pacientes ambulantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El motivo por el cual el Servicio de Hematología dejó de prescribir electrónicamente fue porque no llegaba a entender su funcionamiento lo que provocaba que se demorasen las consultas. Se reforzará la formación y se ajustará más el programa a sus demandas para facilitarles la asistencia al paciente.

Desde el punto de vista del paciente, se ha reforzado la seguridad al estar informatizado tanto protocolos (como ayuda en la prescripción) como hojas de preparación de las mezclas y etiquetas de paciente (como ayuda en la elaboración y administración).

Con respecto a la gestión de stock e imputación de consumos por pacientes y unidad clínica, desde la implantación de la prescripción electrónica en pacientes ambulantes, se ha optimizado lo que ha facilitado mucho la labor de farmacia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/37 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0037

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL AREA DE PACIENTES AMBULANTES HEMATOLOGICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

Nº de registro: 0037

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL AREA DE PACIENTES AMBULANTES HEMATOLOGICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

Autores:
VARELA MARTINEZ ISABEL, SANCHO VAL LUIS IGNACIO, PERDIGUER RODRIGUEZ LUIS, MOYA GOMEZ MARIA TERESA, BALFAGON ORTIZ BEATRIZ, ROYO SOLER MIRIAM, LABORDA GALICIA NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El objetivo de este proyecto es la informatización completa del área de Pacientes Ambulantes del Servicio de Farmacia y la implantación de la prescripción electrónica en el ámbito de pacientes ambulantes hematólogicos. En la actualidad las prescripción médica, validación farmacéutica y preparación de las mezclas se realiza de forma manual.
Resultados hasta el momento: Durante 2014 y 2015 se realizó la implantación de la prescripción electrónica en el ámbito de pacientes ambulantes pertenecientes a los Servicios de Oncología Médica, Reumatología, Dermatología y Digestivo con resultados muy satisfactorios. Se obtuvieron las mejoras previstas tanto en las relacionadas con la seguridad del paciente como en el circuito prescripción médica-validación farmacéutica-elaboración mezcla intravenosa-dispensación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejora en la trazabilidad del proceso.
- Reducción de la probabilidad de error.
- Aumento de la seguridad en la preparación de las mezclas intravenosas.
- Mejora en el proceso de prescripción médica
- Mejora en el proceso de validación farmacéutica
- Mejora en el proceso de preparación de la mezcla intravenosa y su dispensación.

MÉTODO

1. Revisión y configuración del Maestro de Artículos (Farmatools®)
2. Configuración del programa informático de Gestión de Pacientes Ambulantes (Farmatools®)
3. Prescripción médica electrónica.
4. Validación farmacéutica electrónica.
5. Impresión de las hojas de preparación y etiquetas por paciente y mezcla intravenosa a preparar.
6. Mejora del control de calidad de las mezclas intravenosas.
7. Gestión del stock de fármacos e imputación del consumo por paciente, fármaco y unidad clínica.

INDICADORES

Nº de prescripciones médicas electrónicas del Servicio de Hematología versus no electrónicas del total de prescripciones médicas del Servicio de Hematología.

Nº de mezclas intravenosas preparadas mediante proceso informatizado del Servicio de Hematología versus no electrónicas del total de mezclas intravenosas preparadas del Servicio de Hematología

DURACIÓN

Septiembre 2016: Configuración del programa informático
Noviembre 2016: Validación del proceso de informatización . Introducción de mejoras.
Enero 2017-Mayo 2017: Formación del personal implicado, implantación del proceso de implantación electrónica.
Mayo 2017-Septiembre 2017: Seguimiento e implantación de mejoras.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0037

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL AREA DE PACIENTES AMBULANTES HEMATOLOGICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

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 - 2016/1485

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE EDGAR FERNANDEZ ALONSO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO TRIANA YARA MARIA
BONO LAMARCA PEDRO ISAAC
LACUEVA PORTOLES PILAR
MOLIAS FERRER JAVIER
ALTABAS ALCON ADRIAN
MARCILLA CORDOBA FRANCISCO DE ASIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia en el módulo de Unidosis de FarmaTools®. a. Cambio de la descripción de los medicamentos de nombre comercial (en la actualidad) a principio activo. Tras dos años de trabajo se actualizaron las bases de datos de medicamentos del servicio de farmacia y se revisaron las pautas posológicas y dosis más frecuentes
2. Se modificó la estructura de camas del módulo de unidosis de FarmaTools®. para adaptarlo a nuestro hospital.
3. Revisión de la disponibilidad de ordenadores e impresoras y dotación del material necesario
4. Formación a los facultativos implicados en el proceso de prescripción médica del paciente ingresado mediante sesiones/reuniones en grupos reducidos. En Diciembre de 2017 comenzamos con la formación a los facultativos, una planta de hospitalización por semana, comenzando por la planta sexta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el momento actual toda la prescripción de la unidosis de las plantas sexta, quinta y cuarta se está haciendo con el módulo, por lo que se cumple nuestro objetivo del 50%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos encontrado dos obstáculos con los que no contábamos:

- La gran cantidad de papel que se genera para trazar la administración de fármacos por enfermería que está engordando considerablemente nuestras historias, en un contexto de insuficiencia de archivos de historias, de forma que dirección acaba de paralizar la implantación en las dos plantas restantes hasta que se nos actualice al nuevo módulo de Farmatools que corrige este problema, que se espera para Abril de 2018.
- La actitud de algunos profesionales que, a pesar de tener el registro informático, imprimen el tratamiento de forma innecesaria con lo que sigue entrando papel en la historia clínica electrónica, algo que hay que subsanar en los próximos meses.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1485 ===== ***

Nº de registro: 1485

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Autores:
URIARTE PINTO MOISES, ALONSO TRIANA YARA MARIA, RUIZ MARISCAL MARIA, MUÑOZ FARJAS ELENA, FANDOS LORENTE SERGIO,
SOLANO SANCHEZ MARINA LUISA, GRACIA ROCHE CARLOS, YAYA BEAS MANUEL RICARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías. Afecta a todo paciente que ingrese en nuestro hospital
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1485

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tras cumplimentar en el año 2014 el Cuestionario Internacional de Evaluación del Sistema de Utilización de Medicamentos en los Hospitales (ISMP) observamos numerosas áreas de mejora, entre otras esta que presentamos. En la actualidad disponemos en nuestro hospital de prescripción manual mediante la cumplimentación a mano del nombre y nº de historia clínica del paciente, así como de la medicación en las hojas de autocalco de unidosis. Además, según nuestros indicadores de historia clínica, más de la mitad no se firman por el médico responsable. En estas condiciones la probabilidad de errores (legibilidad, abreviaturas, ausencia de identificación...) aumenta considerablemente.

Por otra parte al bajar en papel a farmacia suelen bajar todas juntas y a última hora teniendo que realizar apresuradamente su transcripción al programa informático de farmacia y el posterior llenado de los carros de unidosis, lo que aumenta la probabilidad de aparición de errores.

Esto se puede evitar mediante la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en la que el facultativo realiza la prescripción médica en el módulo de Unidosis de FarmaTools® evitando la transcripción de enfermería a su gráfica de enfermería y la transcripción de la orden médica en farmacia para introducirla en el módulo de Unidosis de FarmaTools® para la preparación del carro de unidosis.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Conseguir que las prescripciones sean legibles por el servicio de farmacia
2. Estandarizar las abreviaturas y acrónimos relacionados con la prescripción
3. Asegurar la identificación inequívoca del médico prescriptor
4. Asegurar la disponibilidad del registro de alergias en el momento de la prescripción
5. Disponer de forma directa del peso del paciente en el momento de la prescripción por si precisa ajuste de dosis
6. Disponer de una guía farmacoterapéutica actualizada que limite la selección de medicamentos imprescindibles y permita acotar los criterios de indicación de fármacos especiales y reducir el gasto farmacéutico.
7. Conseguir que todas las prescripciones sean validadas por un farmacéutico.

MÉTODO

1. Adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia en el módulo de Unidosis de FarmaTools®.
 - a. Cambio de la descripción de los medicamentos de nombre comercial (en la actualidad) a principio activo.
 - b. Revisión de las pautas posológicas y dosis más frecuentes de los medicamentos para actualizar la base de datos de medicamentos de farmacia.
 2. Modificar la estructura interna de las camas para adecuarlas a la prescripción electrónica en la estructura del módulo de unidosis de FarmaTools®.
 3. Formación a los facultativos implicados en el proceso de prescripción médica del paciente ingresado mediante sesiones/reuniones en grupos reducidos.
 4. Implantación definitiva de la PEA.
- Como recursos materiales será necesario dotar las unidades de material informático necesario para asegurar el correcto y cómodo trabajo de los facultativos.

INDICADORES

Definición del indicador: porcentaje de órdenes de tratamiento que llegan de forma electrónica respecto al total de órdenes médicas totales.

$(\text{Órdenes médicas electrónicas} / \text{Total de ordenes médicas electrónicas y papel}) \times 100$

Fuente de Datos: Auditoría

Valor objetivo: 50% en el último trimestre de 2017, para todos los servicios hospitalarios.

Límite Inferior: 40%

Límite superior: 50%

DURACIÓN

Mayo-Agosto de 2017: Revisión y adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia.

Septiembre de 2017: Formación a los facultativos.

Octubre de 2017: implantación definitiva.

Enero de 2018: evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1610

1. TÍTULO

INCREMENTAR LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD DE LA DISPENSACION DE FARMACOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE BOTIQUINES

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE YARA MARIA ALONSO TRIANA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ FERRI MARIA JOSE
ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN
VIDAL MESEGUER ANA PILAR
FERNANDEZ ALONSO EDGAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de un procedimiento de gestión de botiquines. Dicho procedimiento ha seguido criterios de ordenación 5S con el objetivo de optimizar el espacio disponible en los controles de enfermería así como la limpieza. Se ha elaborado un listado de medicamentos de alto riesgo, se han comprado cajetines nuevos para la medicación marcando en color verde oscuro los medicamentos de alto riesgo. Se ha eliminado las presentaciones farmacéuticas que pudiera dar lugar a confusión. Finalmente se ha hecho énfasis en la difusión de los "cinco correctos". Se ha adoptado el registro de caducidades mediante calendario. Finalmente, aunque se acordó marcar stocks mínimos como referencia se decidió no implementar el formato de rotura de stock teniendo en cuenta que la farmacia está disponible las 24 horas.

Se han renovado los termómetros de las neveras.
Se ha desarrollado acciones formativas en todas las plantas.
Se ha realizado auditoría de botiquines en Enero de 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se muestran los resultados principales de la auditoría de botiquines:

- Todos los botiquines tenían actualizada la libreta de caducidades no encontrando ningún fármaco caducado.
- No se detectó ninguna rotura de stock.
- La sistemática de clasificación de los fármacos se mantenía de acuerdo a lo establecido.
- Se evidencia la mejora en el orden, el espacio de trabajo y la limpieza de los controles

Sin embargo como aspectos mejorables encontramos:

- Fármacos multidosis en nevera, a veces identificado por número de cama en lugar de nombre del paciente. A veces hemos encontrado multidosis sin fecha de apertura. En alguna nevera ausencia de registro de temperatura.
- Registro de estupefacientes. Hemos mejorado en la seguridad dado que todos los botiquines de estupefacientes estaban cerrados, sin embargo se evidencia que el registro de datos del médico prescriptor con frecuencia están incompletos o ausentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El procedimiento ha incrementado sensiblemente la seguridad del procedimiento de administración de fármacos, aunque aún persisten costumbres a cambiar en el manejo de los fármacos multidosis que esperamos corregir con el informe de auditoría y nuevas sesiones. En cualquier caso damos por cerrado el proyecto dado que la mayor parte se ha implementado con éxito, aunque monitorizaremos su desarrollo una vez al año como se indica en el propio procedimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1610 ===== ***

Nº de registro: 1610

Título
INCREMENTAR LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD DE LA DISPENSACION DE FARMACOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE BOTIQUINES

Autores:
ALONSO TRIANA YARA MARIA, TURON ALCAINE JOSE MARIA, URIARTE PINTO MOISES, MARTINEZ FERRI MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1610

1. TÍTULO

INCREMENTAR LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD DE LA DISPENSACION DE FARMACOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE BOTIQUINES

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el año 2014 cumplimentamos el Cuestionario Internacional de Evaluación del Sistema de Utilización de Medicamentos en los Hospitales (ISMP) que señaló numerosas áreas de mejora, entre otras esta que presentamos. En el mismo año realizamos una auditoría de botiquines que mostró numerosas deficiencias que hemos ido corrigiendo (por ejemplo comprando armarios de medicación y cambiando cajetines con identificación de los fármacos peligrosos). Queda una última parte que es la elaboración e implantación de un procedimiento de gestión de botiquines que afecte a todo el hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

Sistematizar la gestión del botiquín, mejorando el orden en los controles, la gestión de caducidades, asegurar la disponibilidad de stocks sin tener que almacenar gran cantidad de productos en planta e identificar los fármacos de alto riesgo en los cajetines identificados por colores.

MÉTODO

Elaboración de un procedimiento de gestión de botiquines. Acciones formativas para enfermería del hospital. Auditoría anual.

INDICADORES

Disponibilidad de formato de caducidades cumplimentado mensualmente, disponibilidad de formato de rotura de stock cumplimentado, registro de caducidades cumplimentado, ausencia de fármacos caducados, fármacos con fecha de apertura en nevera, cajetines con fármacos de alto riesgo identificados con color distinto.
Fuente de Datos: Auditoría

DURACIÓN

Julio 2017: Procedimiento de gestión de botiquines. Responsable JM TURÓN
Septiembre 2017. PLAN DE FORMACIÓN. MJ MARTINEZ FERRI
Enero 2017: AUDITORIA.

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 - 2016/0135

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DEL PROGRAMA PARA LA OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN PACIENTE NEUTROPENICO CON NEOPLASIA MALIGNA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE LUIS IGNACIO SANCHO VAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORRAL SUBIAS MONICA
GIMENO PELEGRIN JOAQUIN
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA
RUIZ MARISCAL MARIA
SALAS ALCANTARA MARIA
HERNANDEZ MACHIN PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado el programa para la optimización del uso de antimicrobianos (PROA) en paciente neutropénico con neoplasia maligna, dentro de la Comisión de Infecciosas del Hospital de Alcañiz. Se ha realizado dentro de los plazos previstos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El programa se encuentra pendiente de publicación, si bien ya está disponible en la intranet del Hospital de Alcañiz.
Todos los miembros del grupo han realizado tareas de campo del programa.
Se realizan evaluaciones y revisiones del mismo trimestrales, dentro de la Comisión de Infecciosas del Hospital de Alcañiz.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El programa se encuentra en su fase final. Queda pendiente su publicación definitiva, así como la implementación del mismo en nuestro centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/135 ===== ***

Nº de registro: 0135

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DEL PROGRAMA PARA LA OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN PACIENTE NEUTROPENICO CON NEOPLASIA MALIGNA, EN EL HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ

Autores:
SANCHO VAL LUIS IGNACIO, CORRAL SUBIAS MONICA, ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, GIMENO PELEGRIN JOAQUIN, RUIZ MARISCAL MARIA, PIQUERAS SERRANO CARMEN, SALAS ALCANTARA MARIA, HERNANDEZ MACHIN PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Neoplasias
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 objetivo de este proyecto es la elaboración e implantación de la guía del PROA, para el diagnóstico y tratamiento de la fiebre neutropénica en pacientes con neoplasia maligna.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0135

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DEL PROGRAMA PARA LA OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN PACIENTE NEUTROPENICO CON NEOPLASIA MALIGNA

- Mejorar los resultados clínicos de los pacientes con fiebre neutropénica.
- Minimizar los efectos adversos asociados al uso de antimicrobianos.
- Reducir las resistencias a los antimicrobianos.
- garantizar el uso de tratamientos coste-eficaces.

MÉTODO

- Formación de un grupo multidisciplinar de profesionales expertos, procedentes de las áreas de Hematología, Oncología y Medicina Interna.
- Realización de revisiones exhaustivas de la literatura científica sobre los aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la fiebre neutropénica en el paciente con neoplasia maligna, con el fin de ir actualizando la guía PROA.
- Aprobación y revisión periódica de la guía PROA por la Comisión de infecciones y antimicrobianos del Hospital de Alcañiz.
- Difusión de la guía a todos los profesionales del centro.

INDICADORES

Los miembros del grupo deberán realizar las tareas de campo del programa, por lo que tendrán que realizar una parte de su tarea asistencial ligada al mismo.
La evaluación y seguimiento del guía PROA, se hará en el seno de la Comisión de infecciones y antimicrobianos.

DURACIÓN

- Septiembre 2016: Presentación de la guía.
- Revisiones durante todo el año 2016 y hasta Septiembre de 2017.
- Monitorización mensual del consumo de antimicrobianos en pacientes con neutropenia febril y neoplasia maligna.

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 - 2016/1611

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE ALBERTO RECHE SABATER
· Profesión TECNICO DE GESTION DE SISTEMAS
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALAS ALCANTARA MARIA
PIQUERAS SERRANO CARMEN NURIA
MARTIN LORENTE ANGEL
MOLES ALEGRE MARIO
BONO LAMARCA PEDRO ISAAC

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Creación de grupo de trabajo de formación en HCE en Marzo de 2016
- Reuniones formativas globales y con los servicios
- Inclusión de indicadores en contrato de gestión
- En la Comisión de Historias se consideró que las hojas de evolución no se estaban cumplimentando porque, en caso de urgencia, no se dispone de la Historia Clínica a pie de cama, lo que obligaría a imprimir todos los evolutivos en papel y haría que la historia aumentara considerablemente de volumen. Para evitar este problema se solicitó la compra de dos tablet por planta y la instalación de wifi.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras numerosas reuniones se realizaron cortes de indicadores en Julio y Diciembre de 2016 y en Noviembre de 2017. Al no proporcionarse los tablet ni el wifi en las plantas se excluyó el indicador de cumplimentación de evolutivos, quedando la evaluación en dos indicadores:
% de Historias clínicas de pacientes ingresados en las que consta hoja de ingreso. Se consideraron como exclusiones los servicios que no hacen guardias o realizan exclusivamente CMA puesto que el paciente ingresa directamente sin la participación de los profesionales del servicio.
% de Historias clínicas de pacientes ingresados en las que consta informe de alta. Excepciones: ninguna
Se evaluaron todos los ingresos de un mes completo, en 2017 elegido al azar.
Para la evaluación del contrato se escogieron de cada servicio un mínimo de 30 historias, o, en caso de no llegar a esa cifra, la totalidad.
Resultados Hoja de Ingreso
Julio 2016: 43,19%; Diciembre 2016: 74,76%; Diciembre 2017: 95,37%
Resultados Informe de alta
Julio 2016: 73,29%; Diciembre 2016: 95,72%; Diciembre 2017: 98,93%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La combinación de la formación junto con la inclusión en contrato de gestión ha conseguido el objetivo previsto de la implantación del registro de la Historia Clínica Electrónica en el Hospital de Alcañiz. La evaluación ha mostrado algunas lagunas en la cumplimentación de los registros (incluido partes de alta) en pacientes de algún servicio que requieran ingresos repetidos, lo que deberá dar lugar a proyectos de mejora específicos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1611 ===== ***

Nº de registro: 1611

Título
INFORMATIZACION DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION

Autores:
RUIZ MARISCAL MARIA, TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1611

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Seguridad clínica

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Comisión de Historias Clínicas monitoriza la calidad de los registros de la Historia Clínica con criterios Joint Commission. Desde hace años, aunque se han implementado acciones de mejora diversas, hay varios indicadores problemáticos destacando el registro de firma en las hojas de evolución y tratamiento y la ordenación de la historia clínica. Como el hospital nunca ha tenido HP DOCTOR no existía disponibilidad de los informes de alta en la historia compartida

1. Implantar en el año 2016 el módulo de hospitalización de la Historia Clínica Electrónica del SALUD

2. Ordenar la información clínica actualmente desordenada en las historias de papel lo que ralentiza el proceso clínico, algo especialmente relevante en situaciones urgentes

3. Evitar los problemas de identificación de profesionales y pacientes que reiteradamente ha venido encontrando la Comisión de Historias Clínicas

Reducción del tamaño de los archivos de papel, para optimizar espacios en el hospital (con el expurgo del año pasado se consiguió espacio para el servicio de Anatomía Patológica) reduciendo costes de alquiler en edificios ajenos al hospital (que por cierto carecen de estructura antiincendios estando bajo de bloques de viviendas corriendo graves riesgos)

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar el uso de la historia clínica electrónica en el Hospital de Alcañiz

MÉTODO

A todo pacientes ingresado se le rellenará el módulo de ingreso, la hoja de evolución y el informe de alta.

Se va a crear un grupo de formación en Historia Clínica Electrónica que va a desarrollar un programa de formación por las distintas plantas de hospitalización y se encargará de realizar formación concurrente en función de los resultados de monitorización.

Monitorización de indicadores: Enero, Junio y Diciembre 2017

Se propone para fin de año cerrar el módulo de altas del HP-HIS.

INDICADORES

- % de ingresos en los que consta en historia clínica electrónica el informe de alta (Estándar 80%)

- % de ingresos en los que consta en historia clínica electrónica el registro de evolución clínica diaria (excepción: festivos) (Estándar 50%)

- % de ingresos en los que consta en historia clínica electrónica el módulo de ingreso cumplimentado (Estándar 80%)

Fuente de datos: auditoria HCE en el último trimestre de 2017

DURACIÓN

Ya comenzado, excepto en los registros de evolución clínica donde se está pendiente de recursos.

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 - 2016/0314

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ASISTENCIA DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA

Fecha de entrada: 14/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA RUIZ MARISCAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARTAJONA RODRIGO ESTHER
MAURAIN VILORIA ANA ISABEL
IZQUIERDO SIURANA JOSEFINA
GARCIA LARA ENCARNA
SERRANO LOPEZ JOSE VICENTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha revisado la bibliografía respecto a los temas expuestos en la memoria inicial y se ha iniciado la implantación del protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se está iniciando la puesta en marcha de la actualización, por lo que aún no se han obtenido resultados valorables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación se encuentra en fase de inicio por lo que aún es prematuro sacar conclusiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/314 ===== ***

Nº de registro: 0314

Título
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ASISTENCIA DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA

Autores:
RUIZ MARISCAL MARIA, SALAS ALCANTARA MARIA, ARTAJONA RODRIGO ESTHER, MAURAIN VILORIA ANA, IZQUIERDO SIURANA JOSEFINA, GARCIA LARA ENCARNACION, SERRANO LOPEZ JOSE VICENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El protocolo actual lleva varios años en funcionamiento y se ha visto la necesidad de revisarlo para mejorar las situaciones clínicas que se presentan en el trabajo diario.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención integral del paciente que ingresa con fractura de cadera en nuestro hospital.

MÉTODO
Revisar las patologías médicas que más frecuentemente se presentan por parte del Servicio de M. Interna y realizar un protocolo de actuación sobre las mismas. Crear una pauta de actuación por parte del Servicio de Traumatología de las pautas a seguir respecto a la patología traumatológica. Por parte de enfermería, auxiliar y celador revisar el proyecto de atención durante el ingreso en este tipo de pacientes y actualizarlo.

INDICADORES
Se evaluará la estancia media obtenida y el grado de comorbilidad de los pacientes junto con las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0314

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ASISTENCIA DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA

complicaciones presentadas; así como el grado de satisfacción de los pacientes de la atención recibida.

DURACIÓN

Fecha de inicio: octubre 2016

Fecha de finalización: mayo 2017

Actividades previstas:

De octubre a enero: revisión del protocolo actual y revisión de la bibliografía del tema.

De febrero a mayo: redacción y publicación del nuevo protocolo.

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 - 2016/1262

1. TÍTULO

CIRCUITO DE VACUNACION EN PACIENTES CON ALGUN GRUPO DE RIESGO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL CALDERON MEZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO DORADO MARIA ANGELES
URIARTE PINTO MOISES
GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El día 24 de agosto de 2017 se inició el circuito de vacunación.
El circuito consiste en que el servicio referente del paciente remite la solicitud de vacunación a la Unidad de Medicina Preventiva. En nuestra unidad gestionamos la cita mediante el programa de citaciones y enviamos carta de citación el paciente en cuestión.
Se inicia con valoración por parte del facultativo de nuestra Unidad y es quién valora si se vacuna, se retrasa la vacunación o se contraindica.
Si está indicada la vacunación se envía a la consulta de enfermería para que administre las vacunas indicadas de acuerdo al protocolo que pertenezca.
Este circuito de vacunación esta descrito en el documento creado con PC-01-_AL(E)A-MP y PC-01-1_AL(E)A-MP de nuestra intranet del sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Del 15 de agosto al 31 de diciembre se realizan 116 consultas de primera vez, de los cuales 112 (95,22%) paciente iniciaron vacunación, 4 (4,78%) pacientes que no se vacunaron, uno de ellos se decidió retrasar la vacuna por estar en periodo de lactancia, los otros 3 casos no aceptaron la vacunación.
La media de espera de recibir la vacunación es de 17,3 días.
La media de edad de los pacientes es de 55,8 años.
Si se agrupa la edad de los 116 pacientes, 50 (43,1%) de ellos se encuentran comprendidos entre 51 a 65 años, 36 pacientes (26,7%) entre 36 a 50 años, 25 (21,6%) pacientes son mayores de 66 años y por último 10 (8,6%) pacientes = 35 años.
En cuanto al sexo se atendieron 63 pacientes hombres (54,3%) y 53 mujeres (45,7%).
Los datos por Servicios podemos decir que Reumatología y Dermatología son los servicios que mayor derivaron a nuestra consulta con un 49,1% y 18,1% respectivamente, le siguen Neumología (11,2%) y nefrología (10,3%), estos 4 servicios son los principales prescriptores.
El 74,1% de los pacientes que se prescribieron la vacunación fueron para el protocolo con tratamiento inmunosupresor/biológico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El circuito de la consulta de vacunación de Medicina Preventiva ha sido de gran ayuda para tratar de inmunizar al 95,2% de los pacientes que han pasado por nuestra consulta entre el 15 de agosto al 31 de diciembre de 2017.

El próximo año quedan pendientes valorar los siguientes indicadores que este año no han sido viables.
- Porcentaje de primo-vacunación de pacientes con vacuna de hepatitis B.
- Porcentaje de pacientes que terminan correctamente las vacunaciones de acuerdo al protocolo incluido.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1262 ===== ***

Nº de registro: 1262

Título
CIRCUITO DE VACUNACION EN PACIENTES CON ALGUN GRUPO DE RIESGO

Autores:
CALDERON MEZA JOSE MANUEL, NAVARRO DORADO MARIA ANGELES, URIARTE PINTO MOISES, ALONSO TRIANA YARA MARIA, GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1262

1. TÍTULO

CIRCUITO DE VACUNACION EN PACIENTES CON ALGUN GRUPO DE RIESGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías con algun estado de inmunosupresión
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad el Hospital de Alcañiz no oferta la vacunación a la población en riesgo con alguna patologia que ocasiona inmunosupresión o por tratamientos que secundariamente por eventos adversos contribuyen a un estado de inmunosupresión.
Ocasionando en el paciente un riesgo mayor a contraer una serie de enfermedades.

RESULTADOS ESPERADOS

Crear un circuito o acceso al paciente con algún tipo de riesgo de inmunosupresión a estar correctamente vacunado según su patología.

MÉTODO

La unidad de Medicina Preventiva conjuntamente con los Servicios de Farmacia hospitalaria y de Atención Primaria realizaran un circuito que facilite la vacunación de los pacientes en riesgo.
A corto plazo se vacunarán en su Centro de Salud, esta vacunación estara indicada desde la Unidad de Medicina Preventiva mediante un Informe médico con la indicación de vacuna y dosis a seguir.
A medio plazo crear una consulta de vacunación por medicina Preventiva asi facilitando el acceso a los pacientes que precisen de dicha vacunación.

INDICADORES

Porcentaje de personas correctanente vacunada
Se creará una base de datos con los pacientes que presenten una solicitud de vacunación de los Servicios que crean precisan dicha vacunación. Con dicha información se realizará si precisa o no vacunación.
Si no precisa se regresará solicitud al Servicio Remitente.
Si precisa vacunación se remitira informe a Farmacia y a Centro de Salud para realizar la correcta vacunación.

DURACIÓN

Se realizará protocolo con circuito a establecer a corto plazo.
Posteriormente se enviara a crear la consulta de vacunación a Cartera de Servicio del Servicio Aragonés de Salud, una vez creada la consulta se procederá a vacunación en dicha consulta.

OBSERVACIONES

Antigua línea: Seguridad clínica

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS 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 - 2016/0288

1. TÍTULO

ELABORACION E INMPLANTACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE JORGE ARRIBAS GARCIA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAVARRO PARDOS CARMEN
RUIZ ANDRES MARIA ANGELES
ABAS VILA MARIA VICTORIA
AYORA RUBIO RAQUEL
ORTIZ MILLAN PILAR
VALLES CASES SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Octubre 2016- febrero 2017

1. Constitución del grupo de trabajo: reuniones de los FEA del Servicio de Microbiología con las enfermeras responsables de realizar la toma de muestras en el Servicio de Microbiología y con la enfermera responsable de la recogida de muestras de los pacientes en los que se realiza vigilancia de infección/ portador de microorganismos multirresistentes.

Marzo - junio 2017

2. Revisión de documentos de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Consulta de las Guías de Toma de muestra de otros Servicios de Microbiología a nivel nacional.

3. Evaluación de la metodología actual en la recogida de las muestras para el diagnóstico de los distintos síndromes infecciosos.

Valoración de los diferentes recipientes existentes en ese momento para la adecuada recogida de las muestras microbiológicas.

4. Inclusión de nuevos recipientes para la recogida de muestras de orina, heridas, úlceras, exudados uretrales y endocervicales.

Julio-diciembre 2017

5. Elaboración del Manual de toma de muestras en Microbiología

6. Importancia de la correcta identificación de las muestras y del paciente,

7. Descripción, con imágenes, de los diferentes recipientes, así como la recogida adecuada, según el tipo de muestra.

8. Capítulos de investigaciones especiales como: anaerobios, micobacterias, hongos y parásitos.

Enero-febrero 2018

9. Presentación del Manual de toma de muestras en Microbiología a Dirección de Enfermería del Hospital de Alcañiz.

10. Comunicación del Manual, en reunión con todas las supervisoras del hospital junto con dirección de enfermería.

11. Difusión del manual realizando reuniones en cada una de las plantas del hospital, urgencias y quirófanos. Las reuniones se han realizado en horario de 14, 45 h a 15, 30h; para intentar que estuviesen tanto los turnos de mañana y tarde, incluyendo supervisoras, enfermeras y auxiliares de enfermería.

12. Elaboración de encuesta: se han realizado 60 encuestas con un grado de satisfacción entre 4-5 del 99%

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración Manual de toma de muestras 100%

Consenso con el personal de enfermería 100%

Difusión 100%

Evaluación de divulgación alcanzado mediante encuestas 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Importancia de tener recogido en un manual la toma de muestras en microbiología para su consulta.

El alto grado de satisfacción por la elaboración y difusión del mismo entre el personal sanitario.

Este procedimiento está abierto a posteriores revisiones de la bibliografía y elaboración de nuevas versiones

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/288 ===== ***

Nº de registro: 0288

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0288

1. TÍTULO

ELABORACION E INMPLANTACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
ARRIBAS GARCIA JORGE, NAVARRO PARDOS CARMEN, ABAS VILA MARIA VICTORIA, AYORA RUBIO RAQUEL, NAVARRO DORADO MARIA ANGELES, ORTIZ MILLAN PILAR, TOMAS BLASCO PILAR, VALLES CASES SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La necesidad de disponer de un documento en el que se refleje detalladamente el procedimiento para la recogida y envío de las tomas de muestras en Microbiología.
Esto es imprescindible para la obtención de unos resultados fiables que permitan el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas de nuestros pacientes.
Así mismo esto redundará en un descenso de contaminaciones en dichas muestras, lo cual habitualmente supone un incremento en el número de pruebas diagnósticas con el consiguiente gasto económico.

RESULTADOS ESPERADOS

Estandarizar la recogida y transporte de las muestras microbiológicas.
Minimizar las contaminaciones de las muestras remitidas.
Garantizar la fiabilidad resultados emitidos.

MÉTODO

Recopilar información a partir de documentos de sociedades científicas así como de la metodología utilizada en otros centros.
Evaluar la metodología utilizada actualmente en nuestro área sanitaria.
Consensuar un documento en el que se refleje la información recogida.
Difusión del mismo.

INDICADORES

Realización de una encuesta para evaluar la difusión del documento.

DURACIÓN

-Constitucion equipo trabajo
-Elaboración Manual de toma de muestras (Estimado 28 Febrero 2017):
-Consenso con el personal de enfermería (30 marzo 2017)
-Difusión (30 Junio 2017)
-Evaluación del nivel de divulgación alcanzado mediante encuestas (30 octubre 2017)

OBSERVACIONES

En el punto de "Tipo de patología, en la población Diana, no comprendemos el por qué se consideran las enfermedades infecciosas y parasitarias con el término "ciertas".

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 - 2016/1173

1. TÍTULO

INCLUSION ANTICIPADA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE OLGA GRACIA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ ALEJALDRE IGNACIO
BIELSA GRACIA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado en primer lugar una selección de los pacientes seguidos en la consulta ERCA (enfermedad renal crónica avanzada) considerados aptos para el trasplante renal.

La consulta ERCA incluye a aquellos pacientes con enfermedad renal crónica progresiva (disminución del filtrado glomerular >5ml/min por año) y filtrado glomerular estimado <20ml/min y/o previsión de la necesidad de inicio de tratamiento renal sustitutivo (TRS) entre 6 meses y 1 año.

En los pacientes seleccionados, se ha iniciado la solicitud de pruebas según protocolo de inclusión en lista de espera de trasplante renal (TXR). En el caso de pruebas que precisaran contraste radiológico, dado su potencial nefrotóxico, se ha valorado de forma individual la indicación (imprescindible o no) de dicha prueba y su posible sustitución por otras de similar rendimiento diagnóstico no nefrotóxicas (por ej: Eco Doppler aortoiliaco en vez de AngioTAC aortoiliaco).

Los recursos empleados para dichas actividades han sido:

- La elaboración de una base de datos con los pacientes seleccionados, las pruebas solicitadas con la fecha de solicitud y las pruebas realizadas con su fecha de realización.
- Paralelamente se ha identificado cada historia clínica (nefrológica) del paciente con un código de pegatinas (Verde: candidato a TXR con estudio iniciado; Azul: candidato a TRS pero no a TXR; Amarillo: candidato a tratamiento renal conservador).

Cada 15 días y fuera del horario de la consulta ERCA, se realiza una revisión y actualización de las pruebas realizadas a los pacientes seleccionados.

En la misma línea, se ha solicitado de forma anticipada el estudio serológico de los pacientes candidatos a TXR siendo remitidos para vacunación al Servicio de Medicina Preventiva, de forma que los pacientes reciban vacunación completa ya durante el periodo prediálisis.

Los pacientes han sido informados de las ventajas en la supervivencia de una inclusión precoz en lista de espera de TXR así como de las pruebas requeridas para su inclusión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Número de pacientes en consulta ERCA: 63 pacientes, de los cuales:

- Número de pacientes en estudio de inclusión en lista de espera de TXR: 8 pacientes (12.7%)
- Número de pacientes incluidos en lista de espera de TXR: 3 pacientes (uno de ellos candidato a TXR de donante vivo)
- Número de pacientes candidatos a tratamiento renal conservador: 21 pacientes (33.3%)
- Número de pacientes candidatos a TRS pero no a TXR: 15 pacientes (23.8%)
- Número de pacientes no clasificados hasta la fecha (a la espera de evolución clínica): 17 pacientes (27%)

A lo largo del periodo 31/12/2016- 31/12/2017:

- Número de pacientes en LE de TXR del total de pacientes en TRS (diálisis): 6 pacientes (17-20% dependiendo del número de pacientes prevalentes en diálisis), de los cuales, 2 pacientes (33%) tenían < 65 años
- Número de pacientes en LE de TXR trasplantados en este periodo: 3 pacientes

Tiempo entre el inicio de diálisis e inclusión en LE:

- Media 8.6 meses (5 meses- 13 meses)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

? La media actual en Aragón para la incorporación de pacientes en LE de TXR es de 16-17 meses. Los cambios acometidos en el último año nos han permitido situarnos muy por debajo de esta media (8.6 meses), sin embargo, todavía existe un margen para la mejora que nos debería permitir reducir la actual demora media en 6 meses.

? A nivel nacional, sólo el 16% de los pacientes en TRS se encuentran incluidos en lista de espera de TXR. Este porcentaje tan bajo es un reflejo de la elevada morbilidad que acompaña a nuestros pacientes.

? Iniciar el estudio de inclusión en LE una vez iniciado el TRS motiva retrasos que se podrían evitar (o al menos disminuir) si el estudio se inicia en la etapa prediálisis. Los motivos de dicho retraso en nuestra Unidad son dos fundamentalmente:

o La elevada comorbilidad asociada de los pacientes renales hace necesario en muchos casos la necesidad de ampliar el estudio básico con nuevas pruebas diagnósticas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1173

1. TÍTULO

INCLUSION ANTICIPADA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

- o La lista de espera de determinadas pruebas radiológicas.
- o Otros motivos que, aunque en menor medida, también influyen son; La remisión tardía al nefrólogo del paciente con enfermedad renal crónica y los pacientes extranjeros seguidos en ERCA que residen durante periodos de tiempo en su país de origen.
- ? Todos los pacientes en los que se estime un incremento de la expectativa vital posttrasplante, deberían ser evaluados para trasplante renal durante su etapa prediálisis, es decir, durante su seguimiento en consulta ERCA.
- ? Teniendo en cuenta la edad de nuestros pacientes incidentes en TRS (el 56% son mayores de 65 años, de los cuales, un 28% tienen más de 75 años), la inclusión en lista de espera de TXR en prediálisis supone un especial beneficio en pacientes ancianos cuya ventana de trasplante es más limitada.

A la vista de los resultados obtenidos en el último año en nuestro Servicio: Inclusión de 3 pacientes en lista de espera de TXR en prediálisis (con 8 pacientes en estudio) y la reducción del tiempo entre el inicio de diálisis e inclusión en LE un 50% con respecto a la media en Aragón. Consideramos oportuno continuar en esta misma línea de actuación, que incluye, no sólo un cambio en la inercia de nuestras actuaciones (esperar a que el paciente inicie diálisis para su inclusión en LE de TXR), sino un seguimiento periódico y programado de los pacientes candidatos a TXR al margen de la consulta ERCA.

Existe todavía un margen de mejora para reducir en 6-7 meses de media el tiempo entre el inicio de diálisis e inclusión en LE, a la vez que incrementar el número de pacientes incluidos en LE en prediálisis.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1173 ===== ***

Nº de registro: 1173

Título
INCLUSION ANTICIPADA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

Autores:
GRACIA GARCIA OLGA, LOPEZ ALEJALDRE IGNACIO, BIELSA GRACIA SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedad renal crónica avanzada
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En las reuniones de la Sociedad Aragonesa de Nefrología realizadas a lo largo del año 2016, quedó puesto de manifiesto la conveniencia de actualizar nuestros criterios de inclusión de pacientes con ERC avanzada en lista de espera (LE).

El marco de esta modificación se ajusta a los siguientes hechos recogidos en Guías Clínicas (en este caso las británicas)

- El trasplante renal (TxR) debería ser la opción de elección para el tratamiento renal sustitutivo (TRS) de todos los pacientes con ERC grado 5 que sean aptos para afrontar la cirugía del trasplante y el tratamiento inmunosupresor crónico. (1A)
- Todos los pacientes en los que se estime un incremento de la expectativa vital posttrasplante, deberían ser evaluados para TxR. (1A)
- La inclusión en LE estará limitada no tanto por la edad como por la comorbilidad asociada y el pronóstico vital del paciente (1A)
- Los pacientes con deterioro progresivo de la función renal deberían ser incluidos en LE en los seis meses anteriores de su fecha estimada de inicio de diálisis(1A)

Existe una notable inercia a incluir a los pacientes en LE únicamente cuando han iniciado tratamiento dialítico. Esta pauta genera importantes retrasos en el acceso de los pacientes a la LE y es difícilmente entendible y aceptable hoy.

- Si desde la consulta ERCA anticipamos la elección de la modalidad de TRS, la realización del acceso vascular, etc. No hay motivos para no ser igual de diligentes en poner a punto cuanto antes la mejor opción de TRS que es el TxR?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1173

1. TÍTULO

INCLUSION ANTICIPADA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

- La pauta actual determina retrasos en la incorporación en LE de hasta 16-17 meses de media. Este hecho, potencialmente modificable, tiene un notable impacto en la mortalidad de los pacientes y en el resultado funcional de los injertos a largo plazo
- El retraso en la incorporación es multifactorial y depende de las actuaciones, exploraciones y consultas de numerosos servicios que tienen sus propias pautas de trabajo. Es difícil modificar estas pautas. Por contra, la anticipación por nuestra parte, es una conducta fácilmente realizable que puede mejorar los tiempos de inclusión en LE

RESULTADOS ESPERADOS

- La reducción del periodo entre inicio de diálisis e inclusión en LE, puede traducirse en una mayor supervivencia del injerto y una reducción de la elevada mortalidad de esta población (el 50% de los pacientes > 60 años mueren en LE sin ser trasplantados)
 - La inclusión anticipada de pacientes aptos para TXR, con ERC progresiva y filtrado glomerular estimado <20 ml/min. en los que se prevea la necesidad de diálisis entre 6 meses y un año, incrementará el número de potenciales receptores en disposición de recibir un injerto. Este hecho disminuirá el número de órganos que no se implantan por falta de receptores apropiados, dando pie a que estos pacientes reciban un trasplante renal anticipado
 - No tenemos que generar ninguna estructura asistencial, disponemos de las consultas ERCA desde donde podemos gestionar adecuadamente la inclusión en LE
 - No se genera un conflicto entre pacientes "prediálisis" y "en diálisis" a la hora de ser receptor de un injerto. Los pacientes en diálisis siempre tendrán, en el "score" de puntuación que determina la asignación del órgano, puntos crecientes en función del tiempo de permanencia en diálisis
- Las ventajas adicionales serían:
1. Especial beneficio en pacientes ancianos cuya ventana de trasplante es más limitada.
 2. Margen de tiempo para ampliar estudios en situaciones conflictivas (p. ej. cardiopatía isquémica) sin tener que ampliar el tiempo de permanencia en diálisis
 3. Ampliar las posibilidades de trasplante de los pacientes hipersensibilizados

MÉTODO

En la consulta ERCA de forma paralela a la preparación del paciente al TRS y a medida que la enfermedad renal progresa, se solicitarán las pruebas complementarias requeridas (según protocolo del hospital Miguel Servet) para su inclusión en LE. Aquellas pruebas que requieran el uso de contrastes intravenosos, dado su potencial nefrotóxico, no se realizarán antes del comienzo de la diálisis

Igualmente, se vacunará al paciente en prediálisis en función de los resultados serológicos y el protocolo de vacunación para esta población

INDICADORES

Estos indicadores permiten reflejar la actividad de las Unidades respecto al TxR y realizar comparaciones constructivas entre los distintos servicios de la C.A.

- Porcentaje de pacientes < 65 años incluidos en LE
- Porcentaje del total de pacientes en TRS, incluidos en LE
- Tiempo entre inicio de diálisis e inclusión en LE

El seguimiento y la evaluación se realizarán al final de cada año coincidiendo con la memoria anual de la lista de espera de TXR de Aragón.

DURACIÓN

Anual y revisable cada año. Los responsables de su implantación serán los nefrólogos del hospital de Alcañiz (Dra Gracia, Dr López y Dra Bielsa).

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 - 2016/1179

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTOS SERVICIO NEUMOLOGIA

Fecha de entrada: 06/03/2018

2. RESPONSABLE LOURDES HEREDIA FERRER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FANDOS LORENTE SERGIO
CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Descripción de los procedimientos que se realizan en el servicio de Neumología del Hospital de Alcañiz:
Procedimiento de Prick-test.
Procedimiento de la realización de espirometría
Procedimiento de la realización de test de marcha.
Procedimiento de la administración de Xolair.
Procedimiento de realización de estudio de sueño.
Procedimiento de realización de esputo inducido.
Procedimiento de realización de la provocación bronquial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido unificar la práctica en el trabajo diario.
Actualizar los protocolos de las diferentes prácticas.
Facilitar la realización de las pruebas a personas ajenas al servicio

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de este proyecto nos ha facilitado la práctica diaria y corregir las técnicas que estábamos realizando sin una actualización recomendable.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1179 ===== ***

Nº de registro: 1179

Título
PROCEDIMIENTOS SERVICIO DE NEUMOLOGIA

Autores:
HEREDIA FERRER LOURDES, CASANOVAS SEVILLANO RAQUEL, ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA, PEREZ ANGOSTO ESTHER, FANDOS LORENTE SERGIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

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
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el servicio de Neumología se realizan diferentes pruebas y cada una ellas con una técnica diferente. Con este proyecto pretendemos unificar criterios en la realización de las pruebas haciendo una revisión bibliográfica de los manuales existentes.
Además pretendemos que se describan de una manera clara para que cualquier persona que llegue a la unidad tenga la información necesaria de la manera de proceder.

RESULTADOS ESPERADOS
Unificación de los criterios en la realización de las pruebas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1179

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTOS SERVICIO NEUMOLOGIA

Mejora de la práctica clínica

MÉTODO

Actividades:

- revisión bibliográfica de cada una de las pruebas.
- repartir las diferentes técnicas entre los miembros del grupo.
- realización de los diferente documentos.

Recursos:

- una reunión para la repartición de las técnicas entre los miembros del grupo.
- cada miembro del grupo necesitará bibliografía de las técnicas que tengan que revisar, uso de manuales que están en el servicio de Neumología o uso de internet.
- se realizará otra reunión para la revisión entre todos los miembros del grupo.
- medios materiales para tener un dossier repartido en las diferente salas que forman parte de la unidad de Neumología.
- colgar la información en la intranet.

INDICADORES

Disponer de manual de procedimientos de las técnicas que se realizan en la unidad de Neumología colgado en la intranet

DURACIÓN

Abril 2017:

- reparten las técnicas entre los miembros del grupo.
- cada miembro se encarga de elaborar el documento de la técnica que le haya tocado.

Mayo 2017:

- puesta en común de las técnicas elaboradas

Junio 2017:

- elaboración del dossier
- llevar a cabo las técnicas descritas con las incorporaciones de los cambios que se puedan hacer tras la elaboración de este dossier.

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 - 2016/1313

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE COORDINACION AL PACIENTE FUMADOR EN EL SECTOR ALCAÑIZ ENTRE LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE MARTA ALQUEZAR FERNANDEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FANDOS LORENTE SERGIO
TELMO HUESO SIRA
VAQUE BIELSA MARIA PILAR
SENDER ALEGRE LAURA
LAHOZ MACIPE CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un protocolo multidisciplinar con la participación de profesionales de Atención Primaria y del Hospital. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de los manuales de deshabituación tabáquica de nuestro entorno, escogiendo como modelo el "Manual de abordaje del tabaquismo en Atención Primaria" del Gobierno de Cantabria. Se han elaborado diagramas de flujo para los centros con y sin consulta monográfica de tabaquismo, estableciendo los criterios de derivación a la consulta de deshabituación tabáquica del hospital de Alcañiz para aquellos centros sin consulta monográfica que quieran solicitar colaboración. Se han establecido recomendaciones concretas de consejo breve según la edad de los pacientes. Finalmente se ha elaborado un manual concreto de manejo de fármacos en deshabituación tabáquica. Dirección de Atención Primaria ha incluido la detección de tabaquismo y la intervención antitabáquica en fumadores dentro de la incentivación individual de los profesionales médicos y enfermeros (incluido los MAC). El manual se terminó en el mes de Octubre, sin embargo, a la hora de implementar la formación nos encontramos con que los planes de formación de los centros de salud no permitían impartir las sesiones hasta el año 2018 por lo que se ha tenido que posponer su implantación al primer trimestre de 2018 siendo objetivo de la Dirección de Atención Primaria para el año 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de pacientes fumadores en los que se ha realizado intervención antitabaco en Atención Primaria sector Alcañiz:
- 2016 51,03%
- 2017 57,84%

Destaca el incremento de 11 y 9 puntos en los centros de salud de Andorra y Alcañiz respectivamente (que ya están desarrollando la consulta antitabaco).

% de pacientes a quienes se ha preguntado por el hábito de fumar en Atención Primaria sector Alcañiz
- 2016 41,83%
- 2017 46,27%

Por primera vez el sector Alcañiz supera el promedio de Aragón en este indicador
Destaca el incremento de 20% en Calanda, 12% en Andorra y 10% en Cantavieja.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque no se ha podido implementar el protocolo, podemos concluir que la inclusión de los indicadores de tabaquismo dentro de la incentivación individual de los profesionales, así como la adopción de las consultas de tabaquismo está incrementando la cobertura de las actividades frente al tabaquismo. La estrategia continuará en el año 2018 ya que es un proyecto estratégico de la dirección a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1313 ===== ***

Nº de registro: 1313

Título
PROCEDIMIENTO DE COORDINACION AL PACIENTE FUMADOR EN EL SECTOR ALCAÑIZ ENTRE LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA

Autores:
ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA, FANDOS LORENTE SERGIO, ABAD GRACIA CRISTINA, TELMO HUESO SIRA, GUIU CAMPOS MIGUEL, VAQUE BIELSA MARIA PILAR, SENDER ALEGRE LAURA, LAHOZ MACIPE CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1313

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE COORDINACION AL PACIENTE FUMADOR EN EL SECTOR ALCAÑIZ ENTRE LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA

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

Existe una Unidad de Deshabituación Tabáquica acreditada en el Hospital de Alcañiz desde hace dos años que esta en funcionamiento y con un buen rendimiento, pero seguimos con un infradiagnóstico y necesidad de tratamiento en una enfermedad tan prevalente como es el tabaquismo.

RESULTADOS ESPERADOS

Ya se derivan y atienden a estos pacientes desde atención primaria a la unidad de atención especializada pero pensamos que debemos realizar un circuito y una reestructuración del sistema derivativo para ofrecer una mejor calidad asistencial a estos pacientes. Reforzando también la atención que se puede realizar en atención primaria a estos pacientes manteniéndose así una buena comunicación entre los 2 puntos de atención.

MÉTODO

Realizar un protocolo de atención en atención primaria al paciente fumador, mejorando su identificación y tratamiento en una intervención breve. Realizar un protocolo de derivación para los pacientes más complejos desde atención primaria a la unidad de especializada.

INDICADORES

Grado de utilización del protocolo en primaria.
Aumento de las derivaciones de primaria a especializada
Encuesta de satisfacción a profesionales de primaria tras dar a conocer el protocolo

DURACIÓN

Puesta en marcha del grupo de trabajo mayo 2017
Realización de los protocolos mayo 2017-noviembre2017
Comunicación del protocolo a atención primaria y hospitalaria noviembre 2017-enero 2018
Encuestas de satisfacción mayo 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 - 2016/0699

1. TÍTULO

DETECCION DISFAGIA EN PACIENTES AMBULATORIOS NEUROLOGICOS

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE TAMARA MUÑOZ BERNAD
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SARRION MOCHALES MONTSERRAT
PEREZ ANGOSTO ESTHER
MUÑOZ FARJAS ELENA
GRACIA PAOLA
LACARTA GARCIA PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La disfagia orofaríngea (80% del total de las disfagias) es muy prevalente en enfermedades neurológicas. La detección precoz de la disfagia en pacientes neurológicos permitiría adaptar las dietas y la ingesta de líquidos a la situación de cada individuo y evitar complicaciones. Los pacientes no siempre se detectan en la consulta de Neurología, sino que en ocasiones son remitidos al Servicio de Digestivo sospechando una disfagia esofágica o al Servicio de Endocrino por pérdida ponderal de peso, desnutrición..., motivos por los que se creyó indicado contar con estos Servicios para la realización de este proyecto.

ACTIVIDADES

Entre los meses de enero a marzo se diseñaron las hojas de recogida de datos, la base de datos y el material didáctico para los pacientes y familiares. Se inició el funcionamiento en marzo del 2017 asumiendo los pacientes procedentes de la consulta externa de Neurología. En Mayo '17 se creó una consulta de enfermería específica de Disfagia, 1 vez a la semana, con capacidad para valorar a 2 primeras y 1 ó 2 revisiones, con la prestación E21DIS y se procedió a citar a los pacientes desde el Servicio de citaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS

Se han valorado 52 pacientes, con edad media de 71.9 años (rango 47-89), sin diferencia en la distribución por sexos (50%). No se ha recogido el porcentaje de pacientes a los que se realizó seguimiento. Se realizó el MECVV en 50 casos. En los 2 casos restantes no se realizó en uno por Glasgow inferior a 9 y en otro por micosis orofaríngea severa.

El 88.5% (46) de los casos fueron remitidos por el S de neurología, 3 casos los remitió Endocrino, 2 casos Digestivo, 1 caso Medicina Interna.

La causa etiológica más frecuente eran las enfermedades neurodegenerativas (44.2%). No hemos especificado en la base de datos ni en las hojas de recogida de datos el tipo de enfermedad neurodegenerativa, información que pensamos ahora que sería relevante conocer. Creemos que puede ser interesante en un futuro reflejar la patología causal. Llama la atención que solo en 6 casos se sospechase disfagia como secuela tardía de un ictus isquémico, probablemente porque la implantación del test de disfagia en hospitalización ha permitido detectar precozmente este problema en los pacientes y subsanarlo, pero por otro lado estos casos deberían ser seguidos en la consulta ambulatoria para valorar si se deben mantener las medidas sugeridas en hospitalización o bien hay que cambiar las recomendaciones.

El test de disfagia fue negativo en el 50% de los casos, en un 5.7% no es valorable. Partiendo del total de test alterados podemos decir que el 56.5% tenían disfagia orofaríngea, en el resto se detectó alteración de la eficacia, lo que sugiere que tenían disfagia mecánica o psicógena.

A todos se les han ofrecido recomendaciones, que podían ser cambios posturales, cambios en el tipo de dieta, en los volúmenes a ingerir, vaso de disfagia, y otras recomendaciones generales. Sólo en 3 casos se hizo una única recomendación, precisando el resto de pacientes un abordaje terapéutico más amplio.

Se recogieron 24 encuestas de opinión, de estas en 17 casos estaban muy satisfechos y en 6 satisfechos (95.8% muy satisfecho/satisfecho), ningún caso reflejo insatisfacción. 1 de las encuestas no fue valorable porque no constaba el grado de satisfacción. Queremos destacar que no se pudieron cumplimentar más encuestas porque no se disponía de las mismas (desde la Unidad de calidad se nos comentó que querían modificarlas y no estaban disponibles los impresos).

Se ha editado un folleto de disfagia para pacientes y se solicitó ISBN 978-84-697-2753-9.

Además se ofrece un servicio de apoyo a hospitalización para la realización del MECV-V, en caso de que el personal de enfermería de planta no pueda realizarlo por sobrecarga de trabajo o bien por desconocimiento técnico de la prueba.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El estudio de la deglución en pacientes que presentan síntomas sugestivos de disfagia, o desnutrición permite detectar precozmente el problema y ofrece la posibilidad de dar consejos y educación para evitar complicaciones más graves.

Nos llama la atención que el porcentaje de pacientes con disfagia orofaríngea detectados está por debajo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0699

1. TÍTULO

DETECCION DISFAGIA EN PACIENTES AMBULATORIOS NEUROLOGICOS

la media descrita en la literatura. Este dato nos anima a seguir recogiendo en la base de datos los resultados obtenidos para confirmar si realmente no es tan prevalente como está descrito. Sería interesante también recoger todos los casos que requirieran seguimiento tras la primera valoración. Ofrecemos la continuidad en el seguimiento clínico, pero no lo tenemos bien recogido.

LECCIONES APRENDIDAS

- El estudio y la valoración de la deglución de forma sistematizada en pacientes ambulatorios es tan importante como en los hospitalizados.
- La elaboración de protocolos de actuación comunes para las especialidades a las que se les remiten pacientes con clínica atribuible a disfagia evita el retraso diagnóstico y el peregrinar del paciente por múltiples especialistas.
- El tratamiento no farmacológico de la disfagia orofaríngea no suele basarse en una única recomendación.

ACTIVIDADES QUE DEBEMOS PLANTEARNOS AHORA

- Crear un circuito de derivación de los pacientes hospitalizados a los que se les detecta disfagia durante la hospitalización para que continúen su valoración ambulatoria en la consulta de disfagia.
- Completar la base de datos actual con los diagnósticos y los seguimientos de los pacientes atendidos en la consulta de disfagia.
- Hacer una difusión de esta herramienta diagnóstico/terapéutica en los otros servicios que pueden beneficiarse de la misma (Medicina Interna, Digestivo, Endocrinología, Otorrinolaringología, UCA...), por ejemplo con Sesiones clínicas.
- Implicar al Servicio de Rehabilitación para trabajar con logopedia y valorar su disponibilidad para hacer videofluoroscopia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/699 ===== ***

Nº de registro: 0699

Título
DETECCION DISFAGIA EN PACIENTES AMBULATORIOS NEUROLOGICOS

Autores:
PEREZ ANGOSTO ESTHER, MUÑOZ FARJAS ELENA, GRACIA GIMENO PAULA, HEREDIA FERRER LOURDES, LACARTA GARCIA PEDRO, CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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

PROBLEMA
La disfagia orofaríngea (80% del total de las disfagias) en muy prevalente en enfermedades neurológicas. Hasta el 60% de los pacientes con ictus la presentan en fase crónica, estas cifras se elevan al 100 de los casos de Esclerosis lateral amiotrófica o del 84% en la Enfermedad de Alzheimer. En estos pacientes se identifican síntomas y signos de disfagia orofaríngeas en todos los estadios del proceso clínico. La dificultad de deglución puede provocar aspiración y reducción de la ingesta oral, y secundariamente complicaciones de salud serias: neumonía, desnutrición y deshidratación. La detección precoz de la disfagia permitiría adaptar las dietas y la ingesta de líquidos a la situación de cada paciente y evitar las complicaciones señaladas. Los pacientes no siempre se detectan en la consulta de Neurología, sino que en ocasiones son remitidos al Servicio de Digestivo sospechando una disfagia esofágica o al Servicio de Endocrino por pérdida ponderal de peso, desnutrición...

RESULTADOS ESPERADOS

- Detección precoz de la disfagia en pacientes neurológicos ambulatorios
- Selección de las estrategias terapéuticas más adecuadas para conseguir una deglución eficaz y segura
- Adaptación de las dietas orales o enterales, e implementación de técnicas compensatorias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0699

1. TÍTULO

DETECCION DISFAGIA EN PACIENTES AMBULATORIOS NEUROLOGICOS

MÉTODO

- Constitución de equipo de trabajo.
- Elaboración de un procedimiento operativo de detección de la disfagia en pacientes seguidos en la consulta externa de Neurología con registro específico.
- Información al paciente y a la familia sobre la disfagia y las técnicas compensatorias para evitarla

INDICADORES

- % de pacientes ambulatorios remitidos a los que se les aplica el procedimiento de detección de disfagia
- % de pacientes que presentan disfagia orofaríngea remitidos.
- % de pacientes a los que se les introducen estrategias específicas para conseguir deglución segura y eficaz
- Grado de satisfacción de los usuarios por la información recibida

DURACIÓN

- Constitución de equipo de trabajo: Octubre-Noviembre 2016
- Elaboración de procedimiento operativo: Diciembre 2016-Febrero 2017
- Implementación en la práctica habitual: Marzo 2017-Octubre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 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 - 2016/0944

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN AREA DE ICTUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ELENA MUÑOZ FARJAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO
BALLESTER MARCO LAURA
CORRIOL PALLAS MARIA VICTORIA
TENA EJARQUE MARIA DOLORES
VIDAL ABOS ANA MARIA
ADELL PELLICER SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El área de Ictus es un área de hospitalización en una habitación bien definida dentro del hospital, atendida por un equipo multidisciplinar de médicos y de personal de enfermería, según unos protocolos establecidos. Su implantación está contemplada dentro de las líneas estratégicas del SALUD. En el hospital de Alcañiz se inició el Proceso ictus en 2015 con la elaboración de los protocolos de Código Ictus y los Subprocesos de atención al Ictus no fibrinolizable y del AIT. La creación y puesta en marcha del Area de ictus en nuestro centro formaba parte del desarrollo del Proceso ictus. Una de las principales justificaciones para su puesta en marcha era la elevada mortalidad de nuestro centro, de las más elevadas en la comunidad autónoma.

Se plantean como objetivos:

- Creación de un área de ictus,
- Disminuir la mortalidad por ictus en el hospital de Alcañiz,
- Reducir la estancia media de los pacientes con ictus,
- Inicio de la rehabilitación antes de 48 horas.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Entre octubre y noviembre de 2016 se constituye el equipo de trabajo, formado principalmente por Elena Muñoz Farjas y JM Turon Alcaine y contando como colaboradores a Sergio Fandos, Paola Gracia, Javier Escota, Dolores Tena Ejarque, María Victoria Corriol Pallás.

En Noviembre´16 se elaboró el subproceso del área de ictus, y los documentos asociados con ayuda de los colaboradores citados. Los revisores externos fueron María Bestué Cardiel, Javier Marta Moreno, Cristina Pérez Lázaro y JA Oliván Usieto. A finales de Noviembre tras la aprobación por Dirección Médica y de Enfermería se colgaron los documentos en la Intranet del hospital. A lo largo de 2017 se han introducido algunas modificaciones en algunos de los documentos (versiones A,B).

En febrero de 2017 se presentó en sesión clínica hospitalaria el protocolo correspondiente al Subproceso del área de Ictus. Esta sesión se ha repetido en enero´18 para informar al personal médico (gran parte había cambiado a lo largo del año)

En marzo de 2017 se realizó una sesión de formación acreditada para enfermería con masiva afluencia. En noviembre y diciembre se han realizado sendos talleres de formación previos a la puesta en funcionamiento.

La puesta en funcionamiento precisaba una estructura mínima que incluía ampliación de personal médico y de enfermería, adecuación de la central de telemetría a las nuevas necesidades planteadas, adecuación de la habitación destinada al área. En relación a la ampliación del personal en febrero se amplió la plantilla de neurólogos pasando de 2 a 3, y en diciembre se contrataron 3 enfermeras adscritas al área de ictus para cubrir tardes y fines de semana.

Con respecto a las necesidades de material: está aprobada la compra de una nueva central de telemetría (pendiente de instalar), la habitación dispone de una cortina más tupida de lo habitual para salvaguardar la intimidad de los pacientes, y se dispone de las almohadas necesarias para hacer los cambios posturales. Estaría pendiente de cambiar los sillones de los pacientes, que los aportaran servicios centrales.

Tras la contratación del personal de enfermería no quedaba ningún escollo importante para la puesta en marcha del área, que entró en funcionamiento a mediados de diciembre de 2017.

En enero´18 se han incluido en el Farmatools los protocolos de ictus para prescripción segura y eficaz.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS OBTENIDOS

6 pacientes se han beneficiado de ingreso en área de ictus, 4 mujeres y 2 varones con una edad media de 87.3 años (rango 85-92). 1 de ellos procedía de la Unidad de Ictus del HUMS, traslado 24 horas tras fibrinólisis endovenosa, y el resto eran ictus no fibrinolizables, 3 candidatos a ingreso en Area de ictus, y 2 a los que se les podría haber asignado una cama de hospitalización convencional (1 ictus subagudo, un ictus muy grave). En 2 casos se confirmó salida de vía, en uno por prolongación de la estancia debido a la inestabilidad del paciente, y en otro por causas de la institución (no se disponía de camas de hospitalización convencional). La estancia media en el área fue de 3.6 días.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0944

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN AREA DE ICTUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

El NIHSS medio=14.2 en el momento del ingreso que pasó a 10 al alta. Rankin medio previo al ingreso era 2 y al alta era de 4. 4 casos eran TACIs (Ictus isquémico Art cerebral media completa). 1 un ictus hemorrágico y el último un AIT.
La tasa de mortalidad fue 0%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El objetivo principal de este proyecto era lograr la implantación de un Área de Ictus en el Hospital de Alcañiz, ya que éramos el único hospital de la red del Salud que carecía de ella, por lo cual este objetivo está cumplido. No ha sido fácil lograr la estructura adecuada para poder implantarlo, ni conseguir consenso entre los diferentes profesionales sanitarios, sin embargo hemos de decir que la dirección del centro tanto médica como de enfermería lo ha apoyado en todo momento. Se han formulado verbalmente problemas en la aplicabilidad práctica de la Instrucción técnica de la hiperglucemia y de la hipoxemia. Se ha transmitido esta información a los médicos especialistas pertinentes para que lo revisen.
Se ha defendido su viabilidad a lo largo de todo el año, y la necesidad de ponerla en funcionamiento justificada por la elevada mortalidad del ictus en nuestro centro.
Se planteó hacer una sesión informativa al personal de urgencias para explicar los criterios de ingreso y que pacientes eran candidatos a ingresar en área de ictus, pero por las peculiaridades de este año (OPE en marca) no se llevó a cabo. Probablemente por este motivo, los pacientes que han "estrenado" el área no sean los que más se hubiesen beneficiado de la misma, un tercio de los mismos no cumplían criterios. Los resultados los veremos en este año 2018 y venideros.

LECCIONES APRENDIDAS:

- El trabajo multidisciplinar en procesos médicos en los que intervienen varios profesionales aporta calidad y eficiencia en la atención al enfermo, y enriquece al profesional que los elabora.
 - La pronta disponibilidad del documento ha permitido detectar las necesidades estructurales para poder implementarlo, siendo el resultado una implantación con los medios adecuados para hacer la atención segura y eficaz a los pacientes con ictus.
 - A pesar de contar con colaboradores y de ser aprobado el subproceso por dirección, la implantación no ha sido fácil porque algunos profesionales sanitarios manifestaron su desacuerdo en algunos aspectos. Ello se resolvió con sesiones de formación clínica informativas.
- #### ACTIVIDADES QUE DEBEMOS PLANTEARNOS
- Actividades de formación continuada: Talleres específicos para TCAEs y celadores. Nueva formación de enfermería a finales del año.
 - Base de datos de área y recogida de datos por parte de los profesionales implicados
 - Implicar más activamente al equipo ictus del Hospital en la dinámica del Proceso ictus en general y del subproceso del área de ictus en particular.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/944 ===== ***

Nº de registro: 0944

Título
IMPLANTACION DE UN AREA DE ICTUS EN EL HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ

Autores:
MUÑOZ FARJAS ELENA, OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO, BALLESTER MARCO LAURA, CORRIOL PALLAS MARIA VICTORIA, TENA EJARQUE MARIA DOLORES, ANDRES PALLARES MARIA JOSE, CURA BELMONTE NOELIA, ADELL PELLICER SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0944

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN AREA DE ICTUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

El Área de Ictus es un área de hospitalización específica situada en un área geográfica bien definida dentro del servicio de Neurología de un hospital, atendida por un equipo multidisciplinar de médicos y personal de enfermería con formación y experiencia en el manejo del Ictus agudo y sus complicaciones. Dentro de la estrategia de ictus del Servicio Aragonés de Salud, se incluye el desarrollo de áreas de ictus en los hospitales comarcales. El objetivo de estas es disminuir la morbimortalidad de los pacientes con ictus. Su indicación de ingreso son pacientes con ictus isquémico o hemorrágico de menos de 24 horas de evolución, sin límite de edad, independientemente del grado de afectación clínica.

Actualmente el hospital de Alcañiz no dispone de Area de ictus

RESULTADOS ESPERADOS

- Creación de un área de ictus
- Disminuir la mortalidad por ictus en el hospital de Alcañiz
- Reducir la estancia media de los pacientes con ictus en el hospital
- Inicio de la rehabilitación antes de 48 horas

MÉTODO

- Elaboración de un subproceso de área de ictus en forma de vía clínica de 72 horas de duración con establecimiento de salidas de vía y coordinación con el subproceso de rehabilitación del hospital
- Formación a los profesionales del área de ictus
- Difusión a los servicios relacionados

INDICADORES

- Disponibilidad del procedimiento
- Tasa de mortalidad por ictus
- Estancia media de pacientes con ictus en el hospital
- Estancia media en área de ictus
- Análisis de salidas de vía
- % pacientes que comienzan rehabilitación antes de 48 horas

DURACIÓN

- Constitución de equipo de trabajo: Octubre-Noviembre 2016
- Elaboración de procedimiento operativo: Octubre 2016-Diciembre 2016
- Implementación en la práctica habitual: Enero 2017-Mayo 2017

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: 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 - 2016/0131

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCION AL PARTO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 09/05/2018

2. RESPONSABLE ISABEL LAHOZ PASCUAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VICENTE LOPEZ BEATRIZ
REMACHA SIENES MARIA
MONTAÑES BELLO ESTELA PAOLA
BARRABES SANCHEZ MIRIAM
SANCHO VIVES ESTHER
RODRIGO MOLLA MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se creó un equipo de trabajo multidisciplinar, diseñándose un proceso compuesto de cinco subprocesos: Recepción-preparación, Dilatación-analgésia, Período expulsivo, Puerperio inmediato y puerperio tardío. Se recogió el proceder habitual del servicio y se contrastó con las guías de práctica clínica de referencia, actualizándose los puntos más obsoletos. Se diseñaron 3 instrucciones técnicas sobre aspectos concretos, y se recogieron todos los formatos del servicio. Finalmente fue colgado en la red. Se establecieron los indicadores de los aspectos más relevantes (mayor potencial de fallo) en los distintos subprocesos y se designaron los responsables de su recogida. Se informó a los trabajadores de la necesidad de registrar incidencias para mejorar el proceso, y se nombró una responsable de proceso para monitorizar la evolución del mismo en el tiempo y detectar problemas lo antes posible, para proceder a la realización de proyectos en el momento preciso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Subproceso de recepción y preparación:
 - o % de gestantes correctamente identificadas: 100%
- Subproceso de dilatación analgesia:
 - o % de mujeres que deseaban anestesia epidural y la recibieron: 95,35 % (las que no la recibieron fue por llegar en fase avanzada del parto y una por contraindicación de la anestesia)
- Subproceso Período expulsivo:
 - o INDICADORES DE EPISIOTOMÍA
 - ? Partos vaginales con episiotomía: 34,56%. Estamos muy por debajo de la tasa de episiotomías en España en 2016 (50%).
 - ? Tipos de parto con episiotomía:
 - Instrumental: 80,49%
 - Eutócicos: 28,12%
 - ? Tipos de parto sin episiotomía:
 - Instrumental: 19,51%
 - Eutócicos: 71,79%
 - o INDICADORES DE ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO
 - ? 65,35%: alumbramiento dirigido
 - ? 18,14% son manuales
 - ? 12,79% espontáneos
 - ? 3,72% no consta
 - Subproceso puerperio inmediato
 - o INDICADORES DEL PUERPERIO PRECOZ
 - ? APGAR < 6 a los 5 minutos: 0,23% de los recién nacidos
 - ? Seguimiento del protocolo piel con piel:
 - No piel con piel: 9,24%
 - Piel con piel madre: 84,36%
 - Piel con piel padre: 6,4 %
 - ? Lactancia materna:
 - 77,44% de partos se inicia precozmente
 - 92,63% de los partos vaginales se inicia precozmente
 - o % de RN identificados en planta: 100%. Este era el principal problema de nuestro servicio. Con la adopción de un sistema de identificación madre-hijo parece haberse solucionado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Servicio dispone de instrucciones de trabajo concretas para los trabajadores actuales y para formar a los que vengan en el futuro, evitando interpretaciones sobre las responsabilidades de los distintos trabajadores, y la dilución de las funciones con el tiempo. Cualquier cambio en el proceso de ahora en adelante deberá estar documentado e informado para todo el mundo. Hemos identificado los puntos críticos del proceso y hemos establecido indicadores cuyos resultados creemos que son buenos en el momento actual. Los responsables del proceso seguirán monitorizando en el tiempo estos indicadores para verificar que el tiempo no relaja la calidad de nuestro trabajo, así como también recogiendo incidencias relevantes para corregir sobre la marcha cualquier disfunción en el paritorio del hospital de Alcañiz.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0131

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCION AL PARTO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

7. OBSERVACIONES.

Isabel Lahoz elaboró este proyecto en 2016 antes de trasladarse al hospital Clínico en el que trabaja actualmente

*** ===== Resumen del proyecto 2016/131 ===== ***

Nº de registro: 0131

Título
PROCESO DE ATENCION AL PARTO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
LAHOZ PASCUAL MARIA ISABEL, GARCIA SALINAS MARIA ESPERANZA, SEBASTIAN SANZ ASUNCION, ANDREU GISBERT MARIA PILAR, BARRABES SANCHEZ MIRIAM, BALFAGON GOMEZ CARMEN, SANCHO VIVES ESTHER, HURTADO LOPEZ CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Hospital de Alcañiz está implementando una estrategia de gestión por procesos. Con vistas a aumentar la seguridad del proceso de atención al parto y reducir la variabilidad en la prestación del servicio, el Servicio de Obstetricia considera necesario establecer, documentar implementar y medir el proceso de atención al parto.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer, documentar, implementar, medir y mejorar el proceso de atención al parto.
Se pretende un modelo cuyos principios rectores sean la consideración del parto como un proceso generalmente fisiológico y ofrecer una atención personalizada e integral que contemple tanto los aspectos biológicos como los emocionales y familiares.

MÉTODO
- Creación de equipo de proceso multidisciplinar.
- Revisión de literatura.
- Establecimiento de lo que se realice y contraste frente a estándares de la literatura, modificando los aspectos que se consideren mejorables.
- Determinación de necesidades estructurales.
- Documentación del proceso: Documento del proceso/subprocesos, procedimientos operativos, instrucciones técnicas y documentación externa.
- Implementación del proceso.
- Medición, análisis y mejora en línea con lo establecido en el manual de calidad del hospital.

INDICADORES
- %de partos con analgesia epidural.
- % de cesáreas.
- Tasa de episiotomías.
- % de pacientes con desgarros perineales.
- % de pacientes a las que se les aplica el protocolo de alumbramiento dirigido.
- % de recién nacidos a los que se les aplica el contacto piel con piel en la sala de paritorio.
- % de pacientes con factores de riesgo de hemorragia postparto a las que se aplica el protocolo de prevención de la misma
- % de recién nacidos con un Apgar inferior a 6

DURACIÓN
- Creación de equipo de proceso: Octubre 2016
- Documentación del proceso: Octubre- Noviembre 2016
- Medición: indicadores semestrales, recogida continua de incidencias

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0131

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCION AL PARTO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0941

1. TÍTULO

FAVORECER EL CONTACTO PIEL CON PIEL MADRE-HIJO EN EL AREA DEL PARITORIO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA FRANCISCA GUTIERREZ SABIO
· Profesión TCAE
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAVARRO SALESA ANA
GIMENEZ HERNANDEZ MARIA
RODRIGO MOLLA MARIA DOLORES
LEIVA COMERAS ANA CARMEN
LORENZO ALQUEZAR MARIA JOSE
PEREZ ANGOSTO ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Noviembre del año 2016 se reunió el grupo de trabajo para elaborar las primeras líneas de actuación, y definir el papel que cada miembro del grupo debía seguir.
Tras recabar información y bibliografía sobre el tema a tratar, en diciembre del 2016, se reunió el grupo de trabajo para elaborar el protocolo con las pautas a seguir para el contacto precoz piel con piel.
Así mismo se elaboró una planilla de registro manual y otra en excell para recoger la información: sí/no realización de piel con piel (bajo los estándares aprobados en protocolo), quién ha realizado el contacto piel con piel (madre/padre) e inicio precoz de lactancia materna (Sí/no).
Una vez consensuado el protocolo y el método de recogida de datos, se presentaron los mismos al equipo de obstetricia de paritorio para que todo el equipo estuviese implicado en el proyecto.
Aunque teníamos previsto empezar la implantación del protocolo el 1 de enero del 2016, por motivos de organización de vacaciones no se pudo iniciar hasta el día 9 de enero. Por esta razón los primeros 8 partos no fueron contabilizados.
En febrero del 2017, se formó de nuevo un equipo de trabajo para elaborar el díptico informativo sobre los beneficios del contacto piel con piel. Este díptico fue recogido por la comisión de lactancia materna del Hospital, y se incluyó en un tríptico de información que se entrega a la gestante en la consulta de tocología en la visita de las 30 semanas de gestación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº madre-hijo que inician contacto piel con piel/nº total de partos vaginales= 96.03%
Nº madre-hijo que inicia lactancia materna/ total de partos vaginales= 92.63%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La elaboración del proyecto así como el desarrollo del mismo ha sido sumamente satisfactorio para todo el equipo que ha participado en él. No sólo ha servido para que elevemos la calidad de atención al parto sino también para crear mayor sensación de equipo.
Aunque el equipo de tocología ya estaba concienciado para poner en práctica el contacto piel con piel, el proyecto ha servido para afianzar en aquellos que ya lo estaban poniendo en práctica y para impulsar a aquellos que tenían alguna reserva en su actuación.
Los resultados del proyecto han superado las expectativas creadas por el propio equipo y podemos dar este proyecto como concluido.
El equipo ha considerado que se puede ampliar el proyecto en cesáreas urgentes que se deciden en el área de paritorio y que, por lo tanto, podría estar en nuestra mano favorecer el contacto piel con piel con el padre o un familiar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/941 ===== ***

Nº de registro: 0941

Título
FAVORECER EL CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL MADRE-HIJO EN EL AREA DE PARITORIO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
SANCHEZ LAHOZ MARGARITA, NAVARRO SALESA ANA, LOREN AGUILAR MARINA, MAGIMENEZ HERNANDEZ MARIA, RODRIGO MOLLA MARIA DOLORES, ANDREU GISBERT MARIA PILAR, PEREZ ANGOSTO ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0941

1. TÍTULO

FAVORECER EL CONTACTO PIEL CON PIEL MADRE-HIJO EN EL AREA DEL PARITORIO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Promover y favorecer el contacto piel con piel y la relación maternofilial por los grandes beneficios que aporta para ambos:

- Favorece el vínculo afectivo
- Mejora el control de la termorregulación del R.N.
- Disminuye el distress respiratorio
- Evita la hipoglucemia del niño
- Aumenta la probabilidad de éxito de la lactancia materna
- El niño se pone en contacto con las bacterias propias de la madre

Se considera que el contacto piel con piel debe durar al menos 70 minutos.

Esta práctica está dentro de las recomendaciones que el Ministerio de Sanidad y Consumo hace en su estrategia de parto normal.

RESULTADOS ESPERADOS

- Favorecer el vínculo afectivo
- Disminución del riesgo de hipotermia neonatal
- Favorecer el inicio precoz de lactancia materna

MÉTODO

- Elaboración de un protocolo de actuación
- Elaboración de una planilla de recogida de datos
- Presentación del protocolo al resto de los miembros del equipo de paritorio
- Elaboración de un diptico sobre las ventajas del contacto precoz madre-hijo que se entregará a las embarazadas

INDICADORES

- N° de madre-hijo que inician el contacto piel con piel /n° total de partos vaginales
- N° madre-hijo que inician la lactancia materna / Total de partos vaginales

DURACIÓN

- Noviembre 2016 Constitución del grupo de trabajo
- Diciembre 2016 Elaboración de un protocolo para favorecer el contacto piel con piel y una planilla de recogida de datos
- Enero 2017 Implantación del proceso
- Febrero 2017 Elaboración del diptico y entrega a las mujeres embarazadas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0015

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO PREOPERATORIO EN LA INTERVENCION DE CATARATA

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ LATRE REBLED
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN
RODRIGUEZ PINEDA
GONZALEZ TOMAS BLANCA
LARIO MARCO SANDRA
GASION CARCELLER VANESA
BELLES CENTELLES SANDRA
DOBON ASCOZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- o Creación de un grupo de trabajo con miembros del equipo de Oftalmología. Además de facultativos, se han incorporado a este grupo las enfermeras directamente relacionadas con el estudio preoperatorio de la catarata, que son quienes realizan las pruebas complementarias imprescindibles para completar dicho estudio.
- o Se han convocado sucesivas reuniones del grupo de trabajo para la distribución de las tareas programadas y el seguimiento del proyecto.
- o Las actividades de formación relacionadas con el proyecto han consistido en Sesiones Clínicas del servicio, en las que se exponían aspectos teóricos y prácticos sobre la cirugía de la catarata y las pruebas complementarias preoperatorias específicas.
- o Se ha elaborado un protocolo, basado en la mejor evidencia posible, y adaptado a la estructura y tecnología de nuestro servicio. Dicho protocolo incluye:
 - La documentación entregada al paciente el día de la inclusión en la lista de espera (hoja informativa del proceso, resguardo de su inclusión, consentimiento informado, volantes de analíticas y ECG, y una hoja de autoevaluación para rellenar los días previos a la cita preoperatoria).
 - Descripción de los elementos claves del circuito, para evitar la omisión de alguno de ellos.
 - Desarrollo de todo el procedimiento de realización de pruebas complementarias, con el detalle de cada una de ellas, tanto desde el punto de vista técnico como el resultado clínico que se espera obtener.
 - Recomendaciones per-operatorias, y explicación detallada del tratamiento a seguir.
 - Hoja de la "Historia Preoperatoria de la Cirugía de Catarata", en la que se especifican todos los hallazgos clínicos y exploratorios relevantes para esta intervención quirúrgica.
 - Hoja de registro de todo el "Procedimiento Preoperatorio", para validar que estén cumplimentados todos los pasos descritos previamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- o Existe la disponibilidad del procedimiento. Aprobado por la Dirección.
- o Se ha hecho un estudio sobre todas las historias clínicas de pacientes intervenidos de cataratas durante el mes de noviembre, en las que se ha comprobado la existencia del registro del procedimiento preoperatorio correctamente cumplimentado. Resultado: 100%.
- o El impacto de este proyecto es doble: por un lado se consigue homogeneizar la atención prestada a todos los pacientes con un mismo proceso clínico; y por otro, sirve de modelo para cualquier profesional que se incorpore al servicio de Oftalmología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- o La valoración del equipo de mejora es muy positiva, y consideramos que puede ser un modelo a seguir por otros centros similares al nuestro, en los que se realicen cirugías de cataratas.
- o Este procedimiento se complementará con un nuevo proyecto, que será la realización de la "Vía Clínica de la Catarata" en el Hospital de Alcañiz, que incluirá el Procedimiento Preoperatorio descrito, pero además todo el curso clínico, desde la exploración en consulta y propuesta de la intervención quirúrgica, hasta el alta hospitalaria, pasando por la atención en planta el día de la intervención y el proceso quirúrgico propiamente dicho.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/15 ===== ***

Nº de registro: 0015

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0015

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO PREOPERATORIO EN LA INTERVENCION DE CATARATA

ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO PREOPERATORIO EN LA INTERVENCION DE CATARATA

Autores:
CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER, LATRE REBLED BEATRIZ, GASION CARCELLER VANESA, GONZALEZ TOMAS BLANCA, LARIO MARCO SANDRA, RIOS RAFALES NOELIA, EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
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

Actualmente en el hospital de Alcañiz no existe un protocolo preoperatorio explícito de la intervención de catarata, lo que se traduce en ocasiones en variabilidad en la preparación de estos pacientes, lo que podría motivar la repetición de pruebas, la necesidad de una nueva cita, y en último extremo podría retrasar el desarrollo de la intervención.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer, documentar, implementar y medir un procedimiento preoperatorio único y explícito para el hospital de Alcañiz, tanto con fines de homogeneizar la atención prestada como para servir de formación de acogida a nuevos profesionales en el servicio. Además esperamos que salgan registros específicos que un día puedan ser incorporados a la historia clínica electrónica.

MÉTODO

- Creación de un grupo de trabajo
- Elaboración de un protocolo basado en la mejor evidencia disponible, pero adaptado a la estructura y tecnología del hospital
- Implementación mediante actividades de formación
- Medición de la implantación

INDICADORES

- Disponibilidad del procedimiento, aprobado por la dirección y colgado en la intranet
- % de pacientes intervenidos con registro del procedimiento preoperatorio

DURACIÓN

6 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1180

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER CASTRO ALONSO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCANIZ
- Localidad ALCANIZ
- Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LATRE REBLED BEATRIZ
GONZALEZ TOMAS BLANCA
GELI JUNYER CARMEN
GASION CARCELLER VANESA
LARIO MARCO SANDRA
GOMEZ BORRUEY ANA MARIA
CABRERA CARRERAS ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- o Creación de un grupo de trabajo con miembros del equipo de Oftalmología. Además de facultativos, se han incorporado a este grupo enfermeras del Servicio, ya que todos están directamente relacionados con el proceso del consentimiento informado (CI).
- o Durante todo el año, se han convocado sucesivas reuniones del grupo de trabajo para la distribución de las tareas programadas y el seguimiento del proyecto.
- o Las actividades de formación relacionadas con el proyecto han consistido en la presentación de Sesiones Clínicas.
- o Se ha elaborado un protocolo de trabajo, que incluye:
 - Revisar cada uno de los CI existentes actualmente en el Servicio.
 - Actualización de los mismos, tras consensuar y validar la información con documentos existentes en otros centros hospitalarios o Sociedades Científicas.
 - Definir otros procesos en los que no existe CI en nuestro Servicio, y en los que es necesaria su elaboración.
 - Homogeneizar todos los documentos, y darles un formato análogo.
- o Incluir en cada documento dos partes diferenciadas:
 - Información del proceso clínico.
 - Consentimiento para firmar, rechazar o revocar.
- Añadir imágenes y figuras en cada uno de los documentos, con el fin de ilustrar la información ofrecida a cada paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- o Existe la disponibilidad de todos los consentimientos (31).
- o Aprobados por la Dirección y la Comisión de Historias Clínicas.
- o Se han incorporado todos los consentimientos a la Intranet del hospital.
- o Se ha hecho un estudio sobre todas las historias clínicas de pacientes que acudieron a quirófano durante el mes de Noviembre, y se ha revisado que existiera el CI de cada proceso correctamente cumplimentado. Resultado: 100%.
- o El impacto de este proyecto es doble: por un lado se lleva a la practica el derecho a la información del paciente y el derecho a su libre elección sobre actos sanitarios relacionados con su estado de salud, así como el deber del médico de informarle y obtener su consentimiento; y por otro, sirven de referencia para otros servicios de oftalmología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- o La valoración del equipo de mejora es muy positiva, y consideramos que puede ser un modelo a seguir por otros centros similares al nuestro, en los que se realicen similares procedimientos.
- o Con la incorporación de imágenes al documento de información, se consigue que sea más fácil la explicación del proceso clínico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1180 ===== ***

Nº de registro: 1180

Título
REVISION, ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1180

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

Autores:
CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER, LATRE REBLED BEATRIZ, EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN, LARIO MARCO SANDRA, GASION CARCELLER VANESA, GONZALEZ TOMAS BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: CALIDAD ATENCIÓN

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El consentimiento informado (CI) de los pacientes es por un lado una manifestación del principio de autonomía personal aplicada al campo de las relaciones medicas; pero también es un mecanismo de intervención jurídica en el campo de la medicina. Con él se lleva a la practica el derecho a la información del paciente y el derecho a su libre elección sobre actos sanitarios relacionados con su estado de salud, o el deber del medico de informale y obtener su consentimiento. Actualmente existen, en el Servicio de Oftalmología, patologías o procesos en los que el CI o no existe, o está anticuado, o no está suficientemente detallado, con las implicaciones que estas carencias pueden tener.

RESULTADOS ESPERADOS

Revisar, actualizar y mejorar los CI que existen en estos momentos en el Servicio, e incorporar nuevos CI de todas aquellas intervenciones o procesos que lo precisen. Además, esperamos incorporar a la Intranet del Sector dichos documentos, mejorando la accesibilidad a los mismos.

MÉTODO

Estableceremos un grupo de trabajo para la elaboración de todo el proyecto, y programaremos reuniones periódicas para el seguimiento del mismo. Inicialmente, se revisará cada uno de los documentos vigentes, y se definirán los procesos en los que hay que incorporar el CI. Posteriormente, se consensuarán con otros Centros Hospitalarios o Sociedades Científicas, para homogeneizar la información. Se realizarán reuniones en el Servicio para informar convenientemente de todo este proceso, y finalmente se incorporarán a la web, para su difusión.

INDICADORES

- Disponibilidad de todos los CI.
- Procedimiento aprobado por la dirección y colgado en la intranet
- % procesos o intervenciones que requieren CI, en los que se completa correctamente la información y firma del documento.

DURACIÓN

Durante el transcurso de 2017, con fecha de finalización 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 RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0730

1. TÍTULO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS EN EL HOSPITAL DE DIA

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ESPERANZA REAL CORDERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MIRAVETE GONZALEZ ELENA
ARIÑO ALBAJEZ ALICIA
ORTI MOLES JESSICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un manual de procedimientos de administración de tratamientos, que ha sido revisado por los oncólogos y la Unidad de Calidad, siendo aprobado por la dirección y colgado en la intranet del sector. Este manual se elaboró en 2016 y hemos realizado una revisión "B" en 2017 con nuevas actualizaciones.
- Se ha informado al personal de nueva incorporación de la existencia del manual y del modo de utilización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nombre del Indicador : Disponibilidad del manual actualizado en la intranet del sector Alcañiz.

Valor (resultado cuantitativo) del Indicador : Sí

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

_El manual es muy valorado por el personal que trabaja en el hospital de día, sobre todo para el de nueva incorporación proporcionándole seguridad y confianza en el trabajo realizado, evitando errores y aportando mayor seguridad en la administración del tratamiento y en la atención al paciente.
_Sirve también como método de consulta para el personal ajeno a la unidad (hospitalización).

7. OBSERVACIONES.

El servicio que lo ha realizado es el Hospital de Día (oncología), no oncología radioterápica, para subsanar el consiguiente error.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/730 ===== ***

Nº de registro: 0730

Título
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS EN EL HOSPITAL DE DIA

Autores:
REAL CORDERO ESPERANZA, MIRAVETE GONZALEZ ELENA, ARIÑO ALBAJEZ ALICIA, PEREZ ANGOSTO ESTHER, ROMERO ARASANZ EMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

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

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0730

1. TÍTULO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS EN EL HOSPITAL DE DIA

Con la reciente creación de Hospital de Día como unidad, no existe un manual que recoja de manera unificada y actualizada todos aquellos procedimientos, técnicas y tratamientos que actualmente se realizan en dicha unidad. Así mismo, el personal nuevo que acude a la unidad no tiene un referente escrito de todo aquello que se realiza y de todo lo que puede consultar de manera fácil, como herramienta de formación.

RESULTADOS ESPERADOS

Tener un material de consulta disponible, unificado, fácil y accesible, que se encuentra en la unidad y en la web del hospital, donde el personal actualice y consolide todos aquellos conocimientos, procedimientos y tratamientos que se llevan a cabo actualmente en el HGD; de manera que se trabaje de manera consensuada y protocolizada, evitando errores, rentabilizando el tiempo y consiguiendo mayor seguridad en la atención al paciente.

MÉTODO

- Revisión de protocolos y actualización de los mismos.
- Revisión de esquemas de quimioterapia.
- Elaboración del manual.
- Publicación del manual en la unidad y en la Intranet del hospital.

INDICADORES

Consulta rápida y actualizada de procedimientos y actividades, de manera segura y consensuada por todo el personal; evitando así dudas, pérdida de tiempo por ello y ganado en seguridad hacia el paciente y hacia el propio personal.

DURACIÓN

Octubre y Noviembre 2016: revisión de protocolos y actualización de los mismos. Revisión de esquemas de quimioterapia

Diciembre 2016: Elaboración del manual

Enero 2017: Publicación del manual en la unidad y en la web del hospital

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0898

1. TÍTULO

OPTIMIZAR EL ACCESO A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE ONCOLOGICO

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ALVAREZ ALEJANDRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO PEREGRIN JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REALIZACIÓN DE UN INFORME MÉDICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS DE PRIMER DÍA EN LA CONSULTA DE ONCOLOGÍA MÉDICA.
ACTUALIZACIÓN DE DICHO INFORME EN SITUACIONES IMPORTANTES DE LA ENFERMEDAD (DERIVACIÓN A OTROS SERVICIOS, VALORACIÓN POR UN COMITÉ DE TUMORES DE OTRO HOSPITAL, DERIVACIÓN AL ESAD O ALTA MÉDICA).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN LA ACTUALIDAD SE HA ALCANZADO EL OBJETIVO PRINCIPAL DEL PROYECTO:
PORCENTAJE DE PRIMERAS VISITAS CON INFORME MÉDICO: 100%.
ADEMÁS, ES NORMA HABITUAL EN EL SERVICIO, LA ACTUALIZACIÓN DE DICHO INFORME EN LAS SITUACIONES MÁS IMPORTANTES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DICHO PROYECTO IMPACTA POSITIVAMENTE EN LA ACTIVIDAD REALIZADA POR EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA, SERVICIO DE URGENCIAS Y OTROS ESPECIALISTAS IMPLICADOS EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON CÁNCER, AL DISPONER DE LA INFORMACIÓN MÁS RELEVANTE DEL PACIENTE ONCOLÓGICO A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/898 ===== ***

Nº de registro: 0898

Título
OPTIMIZAR EL ACCESO A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE ONCOLOGICO

Autores:
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, CORRAL SUBIAS MONICA, GIMENO PEREGRIN JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Es bastante habitual que el paciente oncológico haga uso de distintos Servicios del sistema de salud como: Atención Primaria, Urgencias hospitalarias, Urgencias en domicilio y otras Especialidades. Para un manejo integral de estos pacientes es imprescindible conocer los datos más importantes de su enfermedad oncológica así como los tratamientos a los que está sometido.

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar la trazabilidad en la historia clínica de los pacientes oncológicos para mejorar la accesibilidad a la información clínica más relevante de dichos pacientes.

MÉTODO
Realizar un INFORME MÉDICO por parte del oncólogo en el momento de la primera visita, el alta, la derivación al ESAD o cualquier otro evento relevante en la evolución del paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0898

1. TÍTULO

OPTIMIZAR EL ACCESO A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE ONCOLOGICO

INDICADORES

Porcentaje de primeras visitas con informe médico por parte del oncólogo.
Fuente: muestreo de historias de un período determinado a partir de los listados de consulta.

DURACIÓN

Enero 2017: inicio implantación.
Junio 2017: Fin de la implantación a la vista de los resultados de la medición del indicador.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1281

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE GRAFICAS DE AUDIOMETRIAS EN UN SERVIDOR SEGURO

Fecha de entrada: 11/04/2018

2. RESPONSABLE FERNANDO MOLINER PEIRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ ROMERO BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mayo 2017 Instalación de software y formación con registro en el programa otoaccess
Junio 2017 Inicio de la actividad
Enero 2018 Evaluación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
100% de la audiometrías realizadas a partir de Junio de 2017 se grabaron en el servidor seguro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración ha sido positiva porque una vez aprendida la rutina de trabajo podemos acceder a las audiometrías simplemente sabiendo el nombre del paciente

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1281 ===== ***

Nº de registro: 1281

Título
INFORMATIZACION DE GRAFICAS DE AUDIOMETRIAS EN UN SERVIDOR SEGURO

Autores:
MOLINER PEIRO FERNANDO, SANZ ROMERO BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos ..: Otros
Otro tipo Objetivos: Informatización de registros gráficas de audiometría

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las audiometrías se guardan actualmente en formato de papel y queda archivadas dentro de la historia clínica de papel. Como su tamaño es pequeño, suelen extraviarse, y en historias grandes cuesta localizarlas.

RESULTADOS ESPERADOS
Evitar el extravío de los registros de audiometría/ favorecer su localización dentro de la historia clínica de papel mediante la creación de un registro informático específico.

MÉTODO
* Instalación de software OTOACCESS por parte del servicio de informática
* Conexión con el audiómetro
* Formación para el manejo del software

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1281

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE GRAFICAS DE AUDIOMETRIAS EN UN SERVIDOR SEGURO

INDICADORES

* % de pacientes a los que se ha realizado audiometría con registro en el programa otoaccess.

* Medición: Enero 2018.

* Estándar 100%

DURACIÓN

* Mayo 2017: Instalación de software y formación en el manejo del mismo

* Junio 2017. Inicio de actividad

* Enero 2018. 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 - 2016/0138

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA INDICACION DE SUPLEMENTOS DE FORMULA DE INICIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE NURIA CLAVERO MONTAÑES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORDEN RUEDA CLAUDIA
BERDUN CHELIZ ENRIQUE
GAIBAR ANGUERAS PILAR
MARTINEZ SORIANO MARIA
SERRET GASCON LAURA
OLIVEROS GARIN ANA ISABEL
ALCAÑIZ BLADE SANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha monitorizado las indicaciones de suplementos de sucedáneos de la leche materna en los recién nacidos mediante registro en la hoja de constantes. Y además se ha evaluado la existencia o no de razones medicas aceptables para la indicación de tales suplementos
Se ha registrado, la forma de alimentación de los RN en el momento del alta, prestando especial interés a la tasa de lactancia materna exclusiva

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha podido comprobar que el 80.6% de los RN se van de alta con LM exclusiva y un 18% con lactancia mixta, como es esperable en un Hospital IHAN. Las indicaciones de suplementos por razones medicas han sido realizadas de forma correcta en el 100% de los casos, sin embargo la mayoría de suplementos han sido solicitados por los padres (64.5%), sin indicación medica. Aunque se pudieron retirar antes del alta el 38% de los mismos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El principal punto de mejora tras la realización de esta evaluación será favorecer la trasmisión de informacion adecuada a los padres para que puedan valorar la necesidad de iniciar formula artificial. Ofreciendo de manera clara la posibilidad de conocer los beneficios de la lactancia materna. Ya se dispone de documentos escritos sobre el tema y el personal sanitario colabora de forma adecuada pero quizás se debería de disponer de otros materiales alternativos mas accesibles. Desde el servicio de pediatría se ha iniciado también la colaboración con un grupo de lactancia, del que habrá que valorar su efectividad en próximos estudios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/138 ===== ***

Nº de registro: 0138

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA INDICACION DE SUPLEMENTOS DE FORMULA DE INICIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
CLAVERO MONTAÑES NURIA, ORDEN RUEDA CLAUDIA, BERDUN CHELIZ ENRIQUE, GAIBAR ANGUERAS PILAR, MARTINEZ SORIANO MARIA, SERRET GASCON LAURA, OLIVEROS GARIN ANA ISABEL, ALCAÑIZ BLADE SANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0138

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA INDICACION DE SUPLEMENTOS DE FORMULA DE INICIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

PROBLEMA

La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos prematuros, gemelos y niños enfermos, salvo rarísimas excepciones y se debería prolongar al menos durante todo el primer año y más allá de dicha edad si lo desean tanto la madre como el niño. La leche humana es sin duda la más adecuada y es especie específica; alimentar a los niños con otra leche es alimentarlos con sucedáneos que a pesar de los diseños sofisticados y de su precio elevado, están muy lejos de poder ofrecer todas las ventajas de la leche de madre. La leche de madre tiene un impacto beneficioso en la salud del niño, en el crecimiento y desarrollo, en la inmunidad, en aspectos psicológicos, sociales, económicos y medioambientales.

La prevalencia y duración de la lactancia materna en todos los países europeos está muy por debajo de lo recomendado por la OMS

La realidad es que en España se ha perdido casi por completo la cultura de la lactancia materna, cualquier llanto del niño se interpreta como que "pasa hambre", "no se tiene suficiente leche" y por tanto se le añaden suplementos con sucedáneos de leche de madre. Esta práctica tan habitual y que se hace casi de forma rutinaria tiene consecuencias catastróficas para la lactancia materna, se disminuye el número de veces que mama el niño y como consecuencia, se disminuye la producción de leche materna

RESULTADOS ESPERADOS

- Monitorización de las indicaciones de suplementos de sucedáneos de la leche materna en los recién nacidos
- Evaluar la existencia o no de razones médicas aceptables para la indicación de los suplementos de sucedáneos de la leche materna

- Mejorar las tasas de lactancia materna exclusiva al alta de la maternidad

No se deben administrar suplementos (agua, suero glucosado, sucedáneo de leche de madre, zumos, etc.) cuando se está instaurando la lactancia ni posteriormente, si no es que están médicamente indicados. Por tanto, conocer cuáles son las causas de la indicación de suplementos nos permitiría evitar situaciones que se podrían resolver identificando el problema existente, si es que lo hay, en relación con la lactancia materna y orientar a la madre sobre el manejo de la situación. La madre es quien debe decidir como alimentar a su hijo, pero los profesionales sanitarios debemos asumir la responsabilidad de que esta decisión se tome sobre las bases de una información adecuada y prestar el apoyo necesario para que la lactancia sea una experiencia exitosa.

MÉTODO

Existe un número pequeño de condiciones de salud del recién nacido y de la madre que podría justificar que se recomendará no amamantar de manera temporal o permanente. Estas condiciones, que afectan a muy pocas madres y sus bebés, se mencionan a continuación.

La OMS y UNICEF desarrollaron esta lista de razones médicas originalmente como anexo al paquete de herramientas de la

Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) en 1992 y acordaron actualizar esta lista considerando que desde 1992 empezó a disponerse de nuevas pruebas científicas y que además se estaba actualizando el paquete de la IHAN.

AFECCIONES INFANTILES

-Lactantes que no deben recibir leche materna ni otra leche excepto fórmula especializada

- Lactantes con galactosemia clásica
- Lactantes con enfermedad de orina en jarabe de arce.
- Lactantes con fenilcetonuria

-Recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación pero que pueden necesitar suplementos de fórmula de inicio:

- Lactantes nacidos con peso <1500gr o <32 semanas de EG
- Recién nacidos con riesgo de hipoglucemia (prematuros, PEG, EHI, hijo de madre diabética)
- Pérdida ponderal excesiva: >10% de su peso en RNT y >12,5% de su peso en RNPT

AFECCIONES MATERNAS.

-Lactancia materna contraindicada:

- Infección por VIH1: si la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura
- Afecciones maternas que podrían justificar que se evite la lactancia temporalmente
- Enfermedad grave materna
- Herpes simplex Tipo I (se debe evitar contacto directo entre las lesiones y la boca del bebé)
- Medicación materna: valorar la compatibilidad con lactancia en e-lactancia.org

Por tanto se adjuntará en la historia de cada recién nacido un listado de estas razones médicas, de forma que el profesional que pauté el suplemento determinará cuál ha sido la causa de la indicación del mismo, el tipo de suplemento utilizado y su duración

INDICADORES

- Evaluación al alta del tipo de alimentación del RN
- Identificación en la historia clínica del RN de la presencia de razones médicas aceptables para la indicación de sucedáneos de leche materna

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0138

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA INDICACION DE SUPLEMENTOS DE FORMULA DE INICIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

DURACIÓN

Revisión de los indicadores en un periodo de tres meses desde el inicio de dicho proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0191

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN LIBRO DE ACOGIDA PARA FAMILIARES DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE CLAUDIA ORDEN RUEDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OCHOA GOMEZ LAURA
BERDUN CHELIZ ENRIQUE
GARCIA LORENTE CONCEPCION
SANCHEZ GIMENO JAVIER
PALOMAR JOVEN MARTA
PONS GODES INMACULADA
ESPALLARGAS PEDROS MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se entregaron durante 3 meses a todos los pacientes ingresados en la planta de pediatría un libro de acogida que se adjunta en el archivo anexo I donde se les ofrecía información acerca del funcionamiento de la Planta, los profesionales que forman el Servicio, las normas de comidas y horarios... así mismo, en el momento de entrega se hacía énfasis de la presentación del médico responsable del ingreso que sirvió como indicador de la calidad del presente proyecto. Al finalizar el ingreso del paciente se entregaba un cuestionario (se adjunta como archivo anexo II) para valorar el cumplimiento de los indicadores y la satisfacción percibida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se entregaron un total de 167 libros de acogida y un total de 154 cuestionarios pues en alguna ocasión el paciente abandonaba la planta antes de ser entregado. Fueron devueltos un total de 84 cuestionarios (50,3%) en un buzón preparado para tal efecto.
Al 100% de los pacientes con su familia se les presentó el médico responsable del ingreso en el momento del mismo explicando los motivos de este. Al 94% de los mismos se les resolvieron todas las dudas respecto al funcionamiento de la Planta. El 100% de los pacientes y sus familias se manifiestan satisfechos de haber recibido el libro de acogida y también consideran positiva la iniciativa puesta en marcha a la vez de permitir el acceso a los menores de 12 años para visitar en un tiempo máximo de 30 minutos a los pacientes ingresados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido a la buena aceptación del libro de acogida y a sus buenos resultados obtenidos se prorrogó la entrega del mismo durante todo el año 2017 y se prevé la continuidad de este durante todos los ingresos a cargo del Servicio de Pediatría pues mejora la calidad de la asistencia mejorando la información otorgada al paciente y a sus familiares.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/191 ===== ***

Nº de registro: 0191

Título
IMPLANTACION DE UN LIBRO DE ACOGIDA PARA FAMILIARES DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA

Autores:
ORDEN RUEDA CLAUDIA, OCHOA GOMEZ LAURA, BERDUN CHELIZ ENRIQUE, GARCIA LORENTE CONCEPCION, SANCHEZ GIMENO JAVIER, PALOMAR JOVEN MARTA, PONS GODES INMACULADA, ESPALLARGAS PEDROS MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías que requieran ingreso
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0191

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN LIBRO DE ACOGIDA PARA FAMILIARES DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Todo cambio en el estado de salud de las personas, más aún en los pacientes pediátricos, máxime si va asociado al ingreso en un centro hospitalario, puede producir en el paciente y familia sentimientos de miedo, ansiedad e incertidumbre. Cualquier persona al entrar en contacto con un entorno desconocido, desvinculado de su medio habitual y en situación de vulnerabilidad, ha de adaptarse a su nuevo rol y establecer nuevas relaciones interpersonales.

El primer contacto con los profesionales sanitarios es un momento clave que puede condicionar la actitud del paciente y familia durante el resto de la hospitalización y su grado de satisfacción. Por ello, la interacción que se establece en el proceso de acogida ofrece oportunidades para desarrollar la relación de confianza profesional-paciente facilitando la comunicación entre ellos, así como su integración en el entorno hospitalario.

La literatura científica aporta evidencia sobre los aspectos relevantes a tener en cuenta dentro del plan de acogida del paciente. Existen trabajos que avalan la importancia de la información y la comunicación como elementos clave para salvar las barreras entre paciente y profesional sanitario, o el incremento en el grado de satisfacción de los usuarios después de una acogida protocolizada.

Todo lo anteriormente expuesto justifica la elaboración e implementación de un libro de acogida del paciente para el Servicio de Pediatría del Hospital de Alcañiz.

Su desarrollo deberá centrarse en una serie de aspectos fundamentales, como la empatía, el respeto y la comprensión, reforzado por actitudes de tolerancia y falta de prejuicios que refuercen la comunicación, y generen en el paciente un clima de seguridad y confianza hacia las personas que le atienden y la institución a la que acuden para su asistencia. Sin olvidar que en un mundo global, la diversidad cultural nos obliga como profesionales sanitarios a establecer una relación apropiada con pacientes procedentes de otras culturas, eligiendo estrategias de comunicación en función de su sistema cultural de creencias.

La praxis de los cuidados comienza con la presentación del médico responsable del ingreso y la valoración de enfermería de la metodología de cuidados, garantizando que se cubren las necesidades y expectativas del paciente y familia.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal

Facilitar la integración del paciente, familia y/o acompañante en el entorno hospitalario con un trato personalizado, humano y respetuoso.

Objetivos específicos

Proporcionar la información mínima necesaria, manteniendo una comunicación efectiva.

Realizar la valoración de enfermería al ingreso del paciente que permita identificar problemas de salud para la elaboración del plan de cuidados, en las primeras 24h.

Proporcionar un entorno de seguridad al paciente, familia y/o acompañante.

MÉTODO

El personal vinculado con la planta de Pediatría, pediatras, enfermeras, auxiliares, celadores se comprometen a entregar el libro de acogida originado en formato A-4 a todos los familiares de los pacientes pediátricos ingresados donde se facilitarán además el funcionamiento del Servicio para afianzar la confianza paciente-personal sanitario.

INDICADORES

Indicador 1: Presentación del médico responsable del ingreso acogiendo al paciente pediátrico y a sus familiares en el primer momento tras la decisión de la hospitalización.

Indicador 2: Entrega por parte del personal de la planta de Pediatría del libro de acogida realizado para tal efecto.

Se realizará un cuestionario al alta para comprobar el cumplimiento de ambos indicadores de calidad.

DURACIÓN

Este proyecto se iniciará el 1 de Diciembre de 2016 y se llevará a cabo durante un trimestre. Posteriormente se evaluará si existe sensación de mejora en cuanto a la acogida y a la atención por parte de los familiares de los pacientes pediátricos ingresados a través de un cuestionario y se propondrá la prórroga de dicho proyecto si se expresa la mejora de la atención gracias al libro de acogida entregado.

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 - 2016/0191

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN LIBRO DE ACOGIDA PARA FAMILIARES DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0212

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LAS PRACTICAS HOSPITALARIAS DE ATENCION AL PARTO Y LACTANCIA MATERNA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE LAURA OCHOA GOMEZ
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro H ALCANIZ
 · Localidad ALCANIZ
 · Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
 · Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 CLAVERO MONTAÑES NURIA
 MONTAÑES BELLO ESTELA PAOLA
 SANCHO VIVES ESTHER
 BARRABES SANCHEZ MIRIAM
 TOLOS ESCORIHUELA MARIA LUISA
 DOMINGO LOPEZ RAQUEL
 MOROTE TERCERO JOSEFINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante un periodo de 3 meses (1 de noviembre de 2016 al 31 de enero de 2017), se entregaron a las madres que eran dadas de alta de la maternidad una encuesta de carácter anónimo (12 preguntas) acerca de las practicas hospitalarias en la asistencia al parto y la lactancia materna. Se adjuntó una carta informativa a las madres explicándoles el motivo de la encuesta.
 Durante el periodo de estudio se han registrado 116 partos, siendo el 50% de nacionalidad española, el 42,24% de nacionalidad magrebí y el 7,76% de Europa del Este. El 95,7% iniciaron LM, el 18,1% recibieron algún suplemento indicado medicamente o solicitado por padres y el 87,1% al alta se fueron con LM exclusiva.
 Hemos recibido un total de 65 encuestas (56,03%).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pregunta	Nº Encuestas contestadas	Nº Encuestas con respuesta esperada	% Encuestas con resultado esperado	Estándar	Nº Encuestas con respuesta esperada	% Encuestas con resultado esperado
1. Mujeres que han recibido información durante el embarazo (Respuesta esperada c)	63	62	98,41%	E80%		R
2. Contacto piel con piel precoz tras el parto (Respuesta esperada, que no sea e)	62	62	100%	E:80%		R
3. Contacto piel con piel con el padre si cesárea (Respuesta esperada Sí)	16	14	87,50%	E 80%		R
4. Ayuda con LM en las primeras 2h (Respuesta esperada Sí)	64	59	92,19%	E80%		
5. Alojamiento conjunto (Respuesta esperada Sí)	64	61	95,31%	E80%		
6. Apoyo con LM en la maternidad (Respuesta esperada Sí)	63	62	98,41%	E80%		
7. Se le ofreció ayuda con las técnicas de LM (Respuesta esperada Sí)	64	61	95,31%	80%		
8. Se ofreció chupete (Respuesta esperada No)	61	58	95,08%	E80%		
9. Se ofreció suplemento sin motivo (Respuesta esperada No)	60	50	83,33%	E80%		
10. Modo de ofrecer suplemento (Respuesta esperada que no sea b)	27	24	88,89%	E80%		
11. Información Grupos de Apoyo (Respuesta esperada Sí)	58	43	74,14%	E80%		
12. Apoyo en el hospital con la LM tras el alta (Respuesta esperada Sí)	37	26	70,27%	E80%		

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Baja adhesión a la realización de las encuestas (sólo el 56,03% ha realizado la encuesta), probablemente en relación con la alta tasa de población extranjera de nuestro hospital
 - Las madres usuarias de nuestro hospital parece que en general han sido bien informadas sobre LM; están bastante satisfechas con la asistencia durante el parto y durante su ingreso en la maternidad, sintiendo que reciben suficiente apoyo con la lactancia matern
 -Tendríamos que mejorar la información al alta sobre la existencia de Grupos de Apoyo y poder recibir ayuda en el hospital si se objetiva alguna incidencia con la LM

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/212 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0212

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LAS PRACTICAS HOSPITALARIAS DE ATENCION AL PARTO Y LACTANCIA MATERNA

Nº de registro: 0212

Título
MONITORIZACION DE LAS PRACTICAS HOSPITALARIAS DE ATENCION AL PARTO Y LACTANCIA MATERNA

Autores:
OCHOA GOMEZ LAURA, CLAVERO MONTAÑES NURIA, MONTAÑES BELLO ESTELA PAOLA, SANCHO VIVES ESTHER, BARRABES SANCHEZ MIRIAM, TOLOS ESCORIHUELA MARIA LUISA, DOMINGO LOPEZ RAQUEL, MOROTE TERCERO JOSEFINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cuidados del Embarazo, Parto y Lactancia materna
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La lactancia materna es la alimentación más saludable en la infancia proporcionando beneficios a corto y largo plazo tanto al recién nacido como a su madre. La OMS y UNICEF recomiendan lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida y con alimentación complementaria hasta los 2 años o más.
Para promover la lactancia materna en los hospitales es muy importante llevar a cabo unas prácticas como son:
- Atención a las embarazadas: información acerca de los beneficios de la lactancia materna
- Atención al parto: permitir contacto piel-con piel precoz
- En la maternidad: ayuda en el aprendizaje de técnicas de lactancia, importancia de la lactancia a demanda, no dar suplementos no indicados médicamente, no ofrecer chupetes ni tetinas, permitir alojamiento conjunto, al alta de la maternidad poner en contacto con grupos de apoyo de la lactancia de la zona.

RESULTADOS ESPERADOS
La mejor forma de conocer la calidad de las prácticas hospitalarias es buscar indicadores no sólo de proceso, sino también de resultado. No es suficiente con informar y apoyar a las madres, o con modificar dichas prácticas, es fundamental comprobar que la asistencia que se ofrece a las embarazadas, madres y recién nacidos es adecuada durante el parto y la lactancia.
El objetivo de este proyecto es la monitorización de las prácticas en la asistencia al parto y la lactancia materna en nuestro hospital mediante el uso de encuestas de valoración/satisfacción a las madres usuarias del servicio materno-infantil de nuestro hospital.

MÉTODO
Los cuestionarios encuestas de valoración/satisfacción (que constarán de 12 preguntas) acerca de las practicas hospitalarias en la asistencia al parto y la lactancia materna se entregarán a las madres para que los rellenen antes del alta del servicio de maternidad del hospital. Se adjuntará una carta informativa a las madres explicándoles el motivo de la encuesta.
Tras recibir las encuestas cumplimentadas se analizarán los resultados y se cumplimentarán las hojas de auditoría con los indicadores.

INDICADORES
Tras la recogida de las encuestas se valorarán las respuestas de cada pregunta cumplimentando unas hojas de auditoría con los indicadores.
Indicador 1: Mujeres que han recibido información sobre lactancia materna durante el embarazo.
Indicador 2: Realización de Contacto piel con piel precoz tras el parto.
Indicador 3: Apoyo con la lactancia materna en la maternidad

DURACIÓN
Este proyecto se iniciará el 1 de Noviembre de 2016 y se llevará a cabo durante un trimestre

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0212

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LAS PRACTICAS HOSPITALARIAS DE ATENCION AL PARTO Y LACTANCIA MATERNA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0609

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE GRIETAS TRAS EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA PALOMAR JOVEN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ SORIANO MARIA
GARCIA LORENTE CONCEPCION
SERRET GASCON LAURA
ANDRES LOPEZ VANESA
INSA GOMEZ MARIA JOSE
OLIVEROS GARIN ANA ISABEL
COMAS MANAUTA EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración de una tabla de registro, donde se valoran los signos de amantamiento adecuado y los signos de posible dificultad en la toma al pecho. Evaluando la postura de la madre, del lactante y los signos de transferencia eficaz de leche.
Estos indicadores, tienen opción de cruceado, para ser más fácil su análisis.
2. Vigilancia por parte del personal, tanto enfermeras como TCAE, durante la estancia de la madre y el lactante en el hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado la evaluación mediante la tabla de registro, durante el último trimestre del 2017. A un total de 108 madres con hijos nacidos en el hospital de Alcañiz, del total de 134 partos registrados. Con un 80.9% de cumplimentación.

1. Postura de la madre y del bebe:
- madre relajada y cómoda: 95'37%
- bebé en estrecho contacto con su madre.95'37%
- cabeza y cuerpo del bebe alineados, frente al pecho. 94.44%
- la barbilla del bebé toca el pecho. 88.8%
-Cuerpo del bebe bien sujeto. 90'74%
-El bebe se acerca al pecho con la nariz frente al pezón. 88.8%
- Hombros tensos, inclinados hacia el bebé. 3.7%
- Bebé lejos del cuerpo de la madre. 1.8%
- Cabeza y cuello del bebé girados.1.8%
-La barbilla del bebe no toca el pecho:1.8%
- Solo se sujetan la cabeza y el cuello del bebe.0%
- El bebe se acerca al pacho con el labio inferior/ barbilla frente al pezón.0.8%
-No hay contacto visual madre- bebe.0%

2. LACTANTE:

- Boca bien abierta. 94.4%
- Labios superior e inferior evertidos.93.51%
- La lengua rodea el pezón y la areola. 87.03%
- Mejillas llenas y redondeadas al mamar.85'18%
-Más areola visible por encima del labio superior.80.5%
-Movimientos de succión lentos y profundas, con pausas.78.9%
-Puede verse u oirse tragar al bebé.69.9%
- Boca poco abierta.3.70%
-Labios apretados o invertidos.3.70%
- No se ve la lengua.0.18%
- Mejillas hundidas al mamar.0%
- Más areola por debajo del labio inferior.0.18%
- Movimeintos se succión superficiales y rápidos.4.62%
-Se oyen ruidos de chupeteo o chasquidos.2.77%

3. SIGNOS DE TRANSFERENCIA EFICAZ DE LECHE.

- Humedad alrededor de la boca del bebe.72.2%
- El bebe relaja progresivamente brazos y piernas.69.9%
- El pecho se ablanda progresivamente. 35%
- Sale leche del otro pecho.16.6%
- La madre nota signos de reflejo de eyección. 17.5%
- El bebe suelta espontáneamente el pecho al finalizar la toma. 25.92%
-El bebe intranquilo o exigente, agarra y suelta el pecho intermitentemente.10.18%
-La madre siente dolor o molestias en el pecho o en el pezón.1.85%
-El pecho está rojo, hinchado, o dolorido. 1.85%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0609

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE GRIETAS TRAS EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

- La madre no refiere signos de reflejo de eyección.12.96%
- La madre ha de retirar al bebé del pecho.2.77%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la observación directa en cada madre y lactante en cada toma por turno de trabajo, en los casos en los que la madre tenía o presentaba dificultad y/o el lactante, se vuelve hacer formación a la misma, sobre la colocación del bebe, la forma, la posición de la boca... y se repite la evaluación en la siguiente toma, hasta que la madre es conodera de los puntos con dificultad, para evitar los mismos una vez que se de el alta.

Una vez al alta, si siguen con problemas en las tomas, vuelven al hospital y se sigue con la formación a las madres.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/609 ===== ***

Nº de registro: 0609

Título
DETECCION PRECOZ DE GRIETAS TRAS EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

Autores:
PALOMAR JOVEN MARTA, MARTINEZ SORIANO MARIA, GARCIA LORENTE CONCEPCION, SERRET GASCON LAURA, ANDRES LOPEZ VANESA, INSA GOMEZ MARIA JOSE, OLIVEROS GARIN ANA ISABEL, COMAS MANAUTA EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

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 vigilancia y cuidado de los pezones constituyen una parte importante de la actividad propia de la enfermera en el servicio de Tocología tras el inicio de la lactancia, con el fin de tener una lactancia exitosa.

RESULTADOS ESPERADOS
- Extandarizar la actividad a la hora de detectar y tratar las grietas si se producen.
- Evitar las posibles complicaciones derivadas de una mala postura al amantar.

MÉTODO
- Vigilancia por parte del personal (enfermeras y auxiliares) de una toma durante su estancia (o mas si hay problemas)
- Registro de lo observado en tabla que elaboraremos.

INDICADORES
- Tabla realizada para este fin, que se elavorara una vez aprobado el proyecto.
- Se registrara en la tabla, y se evaluaran resultados en tres meses.

DURACIÓN
- Primer mes desde la aceptacion: Reunion de todo el equipo para elaboracion de la tabla.
- Evaluación de los resultados y conclusiones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0609

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE GRIETAS TRAS EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0519

1. TÍTULO

GESTION COORDINADA DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y EMPRESA, EN CASO DE ACCIDENTES, INCIDENTES LABORALES Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

Fecha de entrada: 23/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MARIA LOPEZ SANCHO
· Profesión TECNICO/A SUPERIOR PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTAÑO LASAOSA FERNANDO
PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS
ROYO ANADON JULIA
PEREZ ROYO EMILIA
SALINAS GARVI MARIA LUISA
ADRIAN MONFORTE MATILDE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REUNIONES CON LA DIRECCION Y TRABAJADORES DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAL Y CARGOS.
SE HA INCLUIDO EN LOS PLANES DE FORMACIÓN DEL SECTOR PARA EL AÑO 2.018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SE HA ELABORADO Y CONSENSUADO EL PROCEDIMIENTO Y LOS DIAGRAMAS DE FLUJO.
SE HA PUESTO EN MARCHA EL PROCEDIMIENTO.
LA INFORMACIÓN SE PROCESA EN LOS PLAZOS PREVISTOS POR LA AUTORIDAD LABORAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL SERVICIO DE PERSONAL Y CARGOS SE HAN INVOLUCRADO ACTIVAMENTE EN EL PROYECTO.
SE DEBERÁ COMUNICAR REITERADAMENTE A LOS RESPONSABLES DE LOS DISTINTOS SERVICIOS EN LA OBLIGATORIEDAD DE LA COMUNICACIÓN DE LOS ACCIDENTES.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/519 ===== ***

Nº de registro: 0519

Título
GESTION COORDINADA DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN LABORALES Y EMPRESA, EN CASO DE ACCIDENTES, INCIDENTES LABORALES Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

Autores:
LOPEZ SANCHO JOSE MARIA, CASTAÑO LASAOSA FERNANDO, PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS, ROYO ANADON JULIA, PEREZ ROYO EMILIA, SALINAS GARVI MARIA LUISA, ADRIAN MONFORTE MATILDE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías o lesiones que puedan ser causadas por accidente laboral.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Cuando un trabajador del SALUD sufre un accidente laboral o enfermedad profesional, además de la atención sanitaria, genera gran cantidad de documentación, en cuanto a la declaración, tipo de contingencia generada, altas y bajas, investigación del accidente, colaboración con la mutua, informes de empresa, cargos a terceros, etc. En ocasiones se generan dudas a la hora de completar el proceso de documentación, produciéndose extravío o duplicidad de documentos.
Los partes de accidente llegan por distintas vías al empresario y al Servicio de PRL, sin definición clara de responsabilidades y funciones, con lo cual en ocasiones se duplica el trabajo, se producen retrasos frente a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0519

1. TÍTULO

GESTION COORDINADA DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y EMPRESA, EN CASO DE ACCIDENTES, INCIDENTES LABORALES Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

los plazos legales de declaración e inquietud entre los trabajadores implicados.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera potenciar la coordinación entre todas las partes implicadas en la documentación, concretando responsabilidades de trabajadores, empresario y Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y agilizando el proceso de declaración y custodia de documentación.

MÉTODO

Elaboración de un procedimiento escrito junto con los formatos asociados para ser colgado en la intranet. Realizar diagramas de flujo de actuación: Para los trabajadores accidentados, para los mandos intermedios, para la empresa, y para el Servicio de Prevención. Varias reuniones o sesiones formativas SPRL- Dirección de Gestión y RRHH. Divulgación en Hospital y Atención Primaria: SPRL- Mandos intermedios

INDICADORES

Disponibilidad del documento en la intranet.
Número de documentos recibidos erróneamente en el Servicio de Prevención en 2017.
Número de documentos recibidos erróneamente en el Departamento de Personal en 2017.

DURACIÓN

Inicio: octubre de 2016
Finalización: octubre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 1 Nada
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 1 Nada
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 - 2016/1315

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL DE ALCAÑIZ EN TRATAMIENTO CON INTERDICTORES DE ALCOHOL

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE LICCET TATIANA DURAN SANDOVAL
· Profesión MIR
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAENZ BALLOBAR ANA MARIA
BESTUE FELIPE CATALINA
GONZALEZ PANZANO MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Establecer un protocolo único para el inicio de interdictores de alcohol en la unidad de salud mental de Alcañiz. Se realizó un documento con los pasos a seguir para iniciar el tratamiento, con los efectos adversos y un consentimiento informado unificado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Protocolo unificado en la unidad de salud mental para inicio de interdictores de alcohol.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hay que seguir unas pautas generales para iniciar este tipo de tratamiento farmacológicos, explicar los efectos adversos y cuidados al paciente, y firmar un consentimiento informado.

7. OBSERVACIONES.
Seguiremos con este protocolo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1315 ===== ***

Nº de registro: 1315

Título
PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON INTERDICTORES DEL ALCOHOL

Autores:
DURAN SANDOVAL LICCET, SAENZ BALLOBAR ANA MARIA, BESTUE FELIPE CATALINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desarrollar un programa para la mejor del seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes de salud mental en tratamiento con interdictores en el Sector de Alcañiz.

Basándonos en la literatura, se recomienda antes de la instauración del tratamiento con interdictores, informar al paciente y solicitar un consentimiento informado por escrito para el inicio del tratamiento. Es conveniente controlar la función hepática antes de instaurar el tratamiento así como posteriormente una vez iniciado el tratamiento.

Por sus características farmacocinéticas, antes de iniciar el tratamiento se debe informar al paciente sobre el tratamiento. Para ello se ha elaborado un documento de información básica para el paciente que inicia tratamiento con aversivos (colme o antabus) así como un consentimiento informado para dicho inicio de tratamiento.

Lo que se pretende conseguir en este proyecto es mejorar la información al paciente sobre el tratamiento con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1315

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL DE ALCAÑIZ EN TRATAMIENTO CON INTERDICTORES DE ALCHOL

interdictotes del alcohol, así como facilitar al profesional el inicio de dichos tratamientos.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el control farmacológico de pacientes tratados con aversivos del alcohol para aumentar la seguridad con dicho tratamiento así como mejorar la información al paciente para poder conseguir mayor adherencia al tratamiento y estabilidad clínica.

MÉTODO

Entregar documento de información de las características del tratamiento farmacológico que el paciente va a iniciar así como cumplimentar un documento de consentimiento informado para el paciente que inicia tratamiento con colme o antabús para que el psiquiatra adjunte a la historia clínica del paciente.

Responsables: Psiquiatras de la Unidad de Salud Mental de Alcañiz.

Reunión de equipo mensual para poder unificar criterios, solventar dudas, etc...

INDICADORES

-Número de pacientes que reciben tratamiento con interdictotes del alcohol y a los que se les está realizando el control de parámetros (perfil hepáticos).
- Número de pacientes que han firmado consentimiento informado de inicio de tratamiento con aversivos del alcohol (colme o antabús).

DURACIÓN

Fecha de inicio en Junio de 2017
Fecha de finalización: continuada
Monitorización global de indicadores: semestral
Evaluación global de indicadores: Junio 2018
Comunicación de resultados: Julio 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0219

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON ICTUS AGUDO

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE SUSANA LUCEA SODRIC
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIDAL ABOS ANA MARIA
LOPEZ GONZALO ISABEL
HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA
PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL
GASPAR ANDREU JUAN CARLOS
MARTI AMELA ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un procedimiento de actuación que contempla 4 fases:

- Actuación en el período agudo (paciente encamado)
- Actuación en el período subagudo (paciente que comienza a levantarse)
- Actuación en el período de estado (reeducación funcional)
- Período de mantenimiento

El protocolo ha sido revisado por los médicos rehabilitadores.

Se ha hecho formación en el servicio.

Se ha enviado a la Unidad de Calidad para ser colgado en la intranet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Está completamente implantado. Durante el año 2017 ha habido un total de 58 interconsultas con diagnóstico de ICTUS, el 100% han sido valoradas por los FEA en Medicina Física y Rehabilitación en un tiempo inferior a 48 H. Después de la valoración médica a 45 pacientes se les prescribió tratamiento fisioterápico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han normalizado las actuaciones que venimos realizando en el servicio de rehabilitación con respecto a los pacientes diagnosticados con dicha patología para eliminar la variabilidad de la práctica, cumpliendo lo pactado dentro del código ictus.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/219 ===== ***

Nº de registro: 0219

Título
PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON ICTUS AGUDO

Autores:
GASPAR ANDREU JUAN CARLOS, LOPEZ GONZALO ISABEL, VIDAL ABOS ANA MARIA, PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL, LUCEA SODRIC
SUSANA, MENA MILAN MARIA, AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA, RENAU HERNANDEZ ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0219

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON ICTUS AGUDO

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .: Gestión por procesos
Otro Enfoque.:

PROBLEMA

Durante este año se ha documentado e implantado el proceso de atención al ictus en el hospital de Alcañiz. El último subproceso es el subproceso de rehabilitación, donde se describen el proceso organizativo de la asistencia a estos pacientes. Sin embargo falta de establecer y documentar el proceso clínico de atención fisioterápica a estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer, documentar, implementar y medir la atención clínica estos pacientes y en última instancia homogeneizar la atención prestada

MÉTODO

Establecimiento de las actividades del procedimiento tras analizar las guías clínicas de referencia.
Implementación a lo largo del año
Medición de indicadores

INDICADORES

Disponibilidad del procedimiento
% de pacientes que tardan más de 48 horas en acceder a la atención fisioterápica desde la solicitud del médico rehabilitador.

DURACIÓN

Enero-Mayo 2017 Elaboración del procedimiento. (Documentación de lo que se hace + búsqueda bibliográfica con modificación de los aspectos que se consideren necesarios).
Junio-Diciembre 2017. Implementación del procedimiento
Diciembre 2017. Medición de resultados

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 - 2016/0253

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA DEL SERVICIO DE REHABILITACION

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ISABEL LOPEZ GONZALO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASPAR ANDREU JUAN CARLOS
PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL
LUCEA SODRIC SUSANA
MARTI AMELA ANA ISABEL
HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Creación de grupo de trabajo multidisciplinar.

- Elaboración de manual de acogida. Este manual incluye las siguientes secciones:

- Trámites en el proceso de incorporación: accesos informáticos, uniformes, reconocimiento médico, tarjeta identificativa...
- Tratamiento de datos personales: aspectos principales de la ley de protección de datos
- Estructura y funcionamiento del servicio
- Pautas de actuación ante accidente laboral y enfermedad profesional
- Actuación en aislamientos
- Gestión de residuos
- Estructura del hospital y teléfonos principales

- Explicación y entrega de manual de acogida a cada trabajador junto con la firma de un "recibí".

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto está terminado e implantado en el Servicio de Rehabilitación desde el pasado mes de Diciembre del 2017. Dicho documento no ha sido entregado a ningún trabajador puesto que no ha habido ninguna nueva incorporación a dicho servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la entrega del manual de acogida se conseguirá mejorar la eficiencia en la incorporación al Servicio de Rehabilitación de los trabajadores, mediante un documento que muestra los aspectos clave de los distintos puestos de trabajo del hospital, así como la organización del propio servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/253 ===== ***

Nº de registro: 0253

Título
MANUAL DE ACOGIDA DEL SERVICIO DE REHABILITACION

Autores:
LOPEZ GONZALO ISABEL, GASPAR ANDREU JUAN CARLOS, VIDAL ABOS ANA MARIA, PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL, LUCEA SODRIC SUSANA, MENA MILAN MARIA, AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA, RENAU HERNANDEZ ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

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:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0253

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA DEL SERVICIO DE REHABILITACION

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

PROBLEMA

El año pasado se diseñó el proceso de rehabilitación del hospital de Alcañiz. Sin embargo nos ha faltado definir un procedimiento clave: el Manual de acogida a los trabajadores del proceso.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la eficiencia en la incorporación al trabajo de los trabajadores mediante un documento que muestre los aspectos clave de los distintos puestos de trabajo así como la organización en el servicio.

MÉTODO

- Creación de grupo de trabajo multidisciplinar.
- Elaboración de manual de acogida.
- Explicación y entrega de manual de acogida a cada trabajador junto con la firma de un "recibí".

INDICADORES

- Disponibilidad del documento.
- % de nuevos trabajadores que han firmado el recibí del manual de acogida.

DURACIÓN

- Septiembre 2016 - Mayo 2017: Elaboración del manual de acogida.
- Mayo-Septiembre 2017: entrega del manual de acogida al personal de nueva incorporación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1317

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES Y MEDIDAS DE PREVENCION EN LA MOVILIZACION DE PACIENTES

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ANGIE LEIDA SANTAMARIA FAJARDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA
POLO ROYO MARCO
MENA MILAN MARIA
LOPEZ PEREZ MARIA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado dos sesiones intrahospitalarias con fecha de 7 de Septiembre 2017 y 5 Octubre de 2017.

El objetivo fue mostrar el vídeo explicativo sobre las movilizaciones de pacientes, dirigido al personal sanitario y además se entregó el tríptico a cada uno de ellos en el cual iba enlazado el vídeo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El porcentaje de personal sanitario estable que asistió a la proyección de los vídeos en el salón de actos fue de 40,74%.

El porcentaje de personal sanitario sustituto que asistió a la proyección de los vídeos en el salón de actos fue de 59,26%.

El número de trípticos totales entregados fue de 100.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con este proyecto se ha cumplido el objetivo de formar al personal sanitario del Hospital de Alcañiz en cuanto a la movilización de pacientes.

Con la entrega de los trípticos la idea era llegar tanto a los profesionales sanitarios como a los cuidadores de los pacientes, por lo que más adelante se ampliará el número de trípticos para entregar en cada una de las plantas de hospitalización para que puedan estar accesibles a mayor número de personas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1317 ===== ***

Nº de registro: 1317

Título
RECOMENDACIONES Y MEDIDAS DE PREVENCION EN LA MOVILIZACION DE PACIENTES

Autores:
SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA, AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA, POLO ROYO MARCO, MENA MILAN MARIA, LOPEZ PEREZ MARIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención de complicaciones derivadas del encamamiento prolongado y seguridad en la movilización del paciente.
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Sociales / Poblacionales.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La movilización de pacientes previene la aparición de úlceras por presión, mejora la función cardiovascular y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1317

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES Y MEDIDAS DE PREVENCION EN LA MOVILIZACION DE PACIENTES

respiratoria y evita la rigidez articular. El impacto que supone en la calidad de vida del paciente evitar las complicaciones derivadas del encamamiento, justifica la toma de medidas que las promueva y que estimulen que la familia y cuidadores tengan un papel activo en la prevención de este proceso. Sin embargo hemos observado reiteradamente que las prácticas de movilización de los pacientes, tanto por parte del personal del hospital, como por parte de los cuidadores no son siempre las más adecuadas. Esto se acentúa durante el período estival con la llegada de nuevos trabajadores para sustituciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Formar al personal del Sector sanitario de Alcañiz y a los cuidadores de pacientes inmovilizados en las prácticas más seguras de movilización de estos pacientes.

MÉTODO

- Elaboración de un tríptico y un video explicativo orientado a familiares cuidadores de pacientes con riesgo de encamamiento y a trabajadores del sector sanitario de Alcañiz. Se podrá acceder al video mediante el tríptico a través de códigos QR, actuando como refuerzo positivo, permitiendo así un aprendizaje dinámico que refuerce y estimule su realización. Dividimos el tríptico en los siguientes apartados: Principios de organización, ergonomía postural, movilización en la cama, movilización de tumbado a sentado en la cama, movilización de sentado en la cama a sentado en la silla, traslado de la silla al inodoro. Todos ellos con descripción escrita, imagen y posibilidad de video asociado a código QR.
- Ambos formatos serían mostrados/entregados al personal sanitario relacionado directamente con la movilización de estos pacientes, especialmente en el momento de la acogida en el hospital.

INDICADORES

- % de personal auxiliar estable que ha asistido a la proyección del vídeo en el salón de actos.
- % de personal auxiliar sustituto que ha asistido a la proyección del vídeo de acogida en el salón de actos.
- N° de trípticos entregados.

DURACIÓN

- Abril- Mayo. Elaboración de tríptico y video.
- Junio: Sesión de vídeo repetida para profesionales auxiliares habituales con registro de asistencia.
- Julio-Agosto: Sesión de vídeo + entrega de folletos a profesionales sustitutos en sesión de acogida.
- Enero 2018: Evaluación.

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 - 2016/1319

1. TÍTULO

INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA AYALA ORTIZ DE SOLORZANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA
POLO ROYO MARCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde el mes de Junio se incorporó el Servicio de Rehabilitación a la interconsulta virtual.

Desde ese momento hasta el 31 de Octubre se realizaron un total de 342 interconsultas virtuales (siendo 31 de alta preferencia, 84 preferentes y 227 normales)

A fecha actual la interconsulta sigue en activo, incorporándose además las interconsultas presenciales, que hoy en día también las estamos contestando virtualmente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El 100% de las interconsultas virtuales fueron contestadas con una demora inferior a 7 días. (Que a día de hoy se está manteniendo).

Se ha observado un descenso en el número de solicitudes de RMN realizadas por los médicos de Atención Primaria, sobre todo a partir de Agosto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desde la implantación de la interconsulta virtual, se ha cumplido con el objetivo de que los médicos rehabilitadores den prioridad a aquellas interconsultas virtuales solicitadas por los médicos de Atención primaria en función de la patología y gravedad de la misma.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1319 ===== ***

Nº de registro: 1319

Título
INTERCONSULTA VIRTUAL EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE REHABILITACION

Autores:
AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA, SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA, POLO ROYO MARCO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda patología subsidiaria de ser valorada y tratada en el Servicio de Rehabilitación, incluidas en cartera de servicios.
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- Desde la consulta percibimos que a veces no se prioriza de forma adecuada la cita de patologías que debieran verse de forma preferente o urgente (por ejemplo incidencia reciente de una fractura de codo que tardó semanas en llegar a la consulta).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1319

1. TÍTULO

INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

- Desde atención primaria se nos solicita colaboración ante el incremento considerable del número de resonancias magnéticas solicitadas por los centros de salud en relación con la implantación del protocolo de derivación de patología osteomuscular del sector, que si bien ha conseguido ajustar considerablemente la demanda ha tenido como consecuencia problemas de adecuación a la hora de ser solicitadas.

- Por otra parte en ocasiones los pacientes llegan antes que las resonancias, duplicando citas, por lo que se hace necesario ajustar la fecha de la cita a la fecha de la resonancia.

RESULTADOS ESPERADOS

- Que las citas sean priorizadas por los médicos rehabilitadores previa cita mediante interconsulta virtual solicitada por los médicos de atención primaria.

- Que a través de esa consulta virtual, cuando se cite al paciente, serán los propios médicos rehabilitadores los que harán la indicación de resonancia si procede, que será solicitada a nombre del médico rehabilitador.

- Que los pacientes lleguen a la consulta de Rehabilitación con la resonancia hecha.

MÉTODO

- Implantar la interconsulta virtual en el servicio de Rehabilitación del Hospital de Alcañiz. El contrato de gestión no ha incluido al servicio de Rehabilitación entre los servicios que la van a implantar este año y consideramos necesario su implementación.

- Formación en el manejo del software de la interconsulta virtual.

- Difusión de la información en los centros.

INDICADORES

- Demora inferior a 7 días para responder a la interconsulta virtual en un mes al azar (excluido período vacacional).

- Número de resonancias solicitadas por Atención Primaria.

DURACIÓN

- Implantación de la consulta virtual. Mayo 2017.

- Formación en el manejo de la interconsulta virtual. Mayo 2017.

- Evaluación: Enero 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0099

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DIAGNOSTICA DE LA ESPONDILOARTRITIS ASOCIADA A UVEITIS

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE MARTA CASORRAN BERGES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER
EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN
GELI JUNYER CARMEN
RODRIGUEZ PINEDA ADELA
FERRER RUBIRA ANA
BELLES CENTELLES SANDRA
CUARTERO LOZANO DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- o Creación de un grupo de trabajo con miembros del equipo de Oftalmología y de Reumatología, constituido por facultativos, enfermeras y auxiliares de enfermería.
- o Se han convocado tres reuniones para la distribución de tareas y el seguimiento del proyecto.
- o La formación relacionada con el proyecto ha consistido en una sesión conjunta de Oftalmología y Reumatología, en la que se exponía aspectos teóricos y prácticos sobre el abordaje multidisciplinar de las uveítis.
- o Se ha elaborado un procedimiento clínico que incluye las siguientes acciones:
 - Elaboración de un cuestionario para la detección de dolor lumbar inflamatorio en la consulta de Oftalmología.
 - Derivación a la consulta de Reumatología de aquellos pacientes con uveítis que cumplan criterios de dolor lumbar inflamatorio según el cuestionario.
 - Estudio de estos pacientes en la consulta de Reumatología.
 - Informe dirigido a Oftalmología con los resultados del estudio y el tratamiento si procede.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- o Al 100% de los pacientes con uveítis se les ha realizado el cuestionario de detección de dolor lumbar inflamatorio.
- o El 25% de los pacientes con uveítis cumplían criterios de lumbalgia inflamatoria.
- o El 12.5% de los pacientes derivados cumplían criterios de espondiloartropatía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- o La valoración del proyecto de mejora ha sido muy positiva, ya que hemos podido detectar casos de espondiloartritis asociada a uveítis, permitiendo así un tratamiento precoz de estos pacientes y logrando un abordaje multidisciplinar de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/99 ===== ***

Nº de registro: 0099

Título
PROYECTO DE MEJORA DIAGNOSTICA DE LA ESPONDILOARTRITIS ASOCIADA A UVEITIS

Autores:
MERINO IBARRA ERARDO, CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER, LATRE REBLED BEATRIZ, FERRER RUBIRA ANA, LARIO MARCO SANDRA, RIOS RAFALES NOELIA, GONZALEZ TOMAS BLANCA, GASION CARCELLER VANESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: enfermedades oculares asociadas a procesos reumatológicos
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0099

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DIAGNOSTICA DE LA ESPONDILOARTRITIS ASOCIADA A UVEITIS

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Según la literatura actual un porcentaje de los pacientes con uveítis presentan una espondiloartritis no diagnosticada. Actualmente existe un conjunto de tratamientos que permitiría tratar a estos pacientes antes de que evolucionen a estadios más avanzados tanto en lo que respecta a la uveítis como a la espondiloartritis.

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar el diagnóstico de espondiloartropatía en pacientes diagnosticados de uveítis, y mejorar el enfoque terapéutico en estos casos.
Conocer la prevalencia de espondiloartritis asociada a uveítis en nuestro medio.
Crear un registro de uveítis con fines de investigación.

MÉTODO

- Creación de un registro de uveitis
- Elaboración de un procedimiento clínico mediante grupo de trabajo multidisciplinar entre los servicios de reumatología y oftalmología.
- Dicho procedimiento incluiría un cuestionario de detección de lumbalgia inflamatoria que sería pasado en la consulta de oftalmología, con derivación a la consulta de reumatología en caso de resultados positivos, donde se completaría el estudio.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes con uveitis a los que se les ha pasado el cuestionario
- Porcentaje de pacientes con uveitis que cumplen criterios de lumbalgia inflamatoria
- Porcentaje de pacientes derivados que cumplen criterios de espondiloartropatía
- Evaluación de resultados mediante aplicación de cuestionario EUROQOL o similar

DURACIÓN

1 año.

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 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 - 2016/0951

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 14/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE MARTINEZ FERRI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO DORADO MARIA ANGELES
BROSED YUSTE CHABIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Actividades formativas en las distintas Unidades Clínicas y en los EAP, con lámpara de manos.
2. Actividades formativas al personal de nueva incorporación a los Unidades.
3. Actividades formativas al personal en formación: TCAE, enfermeras, médicos...
4. Actividades formativas al personal sanitario y no sanitario del sector, a través de varios cursos y sesiones clínicas.
5. Realización de Póster/dípticos sobre Higiene de Manos.
6. Salvapantallas en todos los ordenadores.(Recordatorios)
7. El mes de mayo, destinado como 12 MESES 12 MOTIVOS, a la Higiene de Manos.
8. Renovación de carteles en las Habitaciones de pacientes y en los centros de Salud.
9. Realización de dos videos de Higiene de manos, que están colgados en la Intranet del Sector.
10. Sesiones informativas en distintos colegios a nivel de primaria/ secundaria del Sector.
11. Colocación de dispensadores de seguridad en los centros de salud y en el Hospital, para los productos de base alcohólica. Dispensadores de seguridad, en zonas de paso y salas de espera de mayor volumen. Todo ello, tras evaluar la falta de dispensadores en zonas en las que no teníamos o estaban fuera del punto de atención del paciente.
12. Observación directa en las distintas Unidades del Sector, con el método Observe de la empresa licitadora de los productos de Higiene de Manos.(auditorias internas). Esto se ha hecho para la cumplimentación del marco de autoevaluación que nos propone la OMS, durante el proceso, pasamos el cuestionario a los profesionales sobre los conocimientos en higiene de manos y su percepción en la misma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. % Camas con preparados de base alcohólica en el punto de atención: 92.94%. Hemos incluido también los sillones de tratamiento de: Hospital de día, CMA, Unidad Crónico Complejo. Hemos dejado fuera, a las camas de pediatría, en las que tenemos PBA en los pasillos, pero no dentro de las habitaciones por el riesgo con los niños al tratarse de un producto con alcohol.
2. Consumo de preparados de base alcohólica en hospitalización 22.7. De un total de 724 litros.
3. Consumo de PBA en AP 4.43. de un total de 353 litros.
4. Observación uso de preparados de base alcohólica: SI.
5. Número de actividades formativas impartidas: 20 actividades todas ellas, mediante Acta de Registro.
6. Porcentaje de profesionales formados: 67%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos realizado la Estrategia de Higiene de Manos en nuestro Sector, disponible en la Intranet del Sector. Somos conscientes de la importancia de la higiene de manos cuando estamos en contacto con pacientes, a pesar del aumento del consumo de soluciones hidroalcohólicas y de la formación que estamos haciendo en los distintos servicios/centros de AP, es insuficiente. Vemos en la Observación, como nos colocamos guantes cuando tendríamos que hacer una higiene de manos, y nos faltan pasos dentro de los cinco momentos de Higiene de Manos que no hacemos. Para ello, seguimos con nuestro proyecto formativo a lo largo del 2018 y con el método de observación directa y aprendizaje con los compañeros de las distintas Unidades Clínicas.

7. OBSERVACIONES.

Añadiremos este año, a la Estrategia el Proyecto de Uso y Abuso de los guantes.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/951 ===== ***

Nº de registro: 0951

Título
IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
MARTINEZ FERRI MARIA JOSE, CEBOLLADA GRACIA ANA DELIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0951

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) plantean una notable carga de enfermedad y un elevado coste. Constituyen un problema importante de seguridad del paciente, siendo el evento adverso más frecuente en la atención sanitaria.
Gran parte de las IRAS se pueden prevenir mediante una buena higiene de manos, en el momento oportuno y de forma apropiada, siendo esta una medida sencilla, de probada eficacia y ampliamente reconocida.
Las directrices de la OMS en esta materia contribuyen a promover y mejorar la higiene de manos en los centros sanitarios, complementándose mediante la Estrategia Multimodal de la OMS para la Mejora de la Higiene de las Manos.
Este proyecto pretende contribuir a implementar dicha estrategia, mejorar el conocimiento y percepción de los profesionales respecto a la higiene de manos, promover su adecuado cumplimiento, contribuir a la reducción de las IRAS y fomentar la cultura de seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos de este proyecto son promover una correcta higiene de manos en los profesionales sanitarios, disminuir la incidencia de IRAS y fomentar la cultura de la seguridad.

MÉTODO

- Inicialmente se prevé realizar un análisis de situación mediante la cumplimentación del Marco de autoevaluación de la higiene de las manos propuesto por la OMS, considerado como instrumento sistemático validado para identificar las cuestiones fundamentales susceptibles de atención y mejora.
- Evaluación de infraestructura y disponibilidad de productos de base alcohólica (PBA)
- Conocer la percepción y conocimiento de los profesionales mediante la realización de cuestionarios editados por la OMS ("Cuestionario de los conocimientos sobre la higiene de manos destinado a los profesionales sanitarios", y "Cuestionario de percepción destinado a los profesionales").
- Elaborar un programa formativo en materia de higiene de las manos.
- Realización de actividades formativas y talleres en unidades centrales, médicas y quirúrgicas, dirigidos a profesionales sanitarios.
- Recordatorios y celebración del 5 de mayo.

INDICADORES

- Número de actividades formativas impartidas.
- Porcentaje de profesionales formados.
- Consumo de soluciones hidroalcohólicas, Se contabilizarán los productos de base alcohólica suministrados a los servicios asistenciales, expresados en litros.

DURACIÓN

- Enero 2017: Cumplimentación del Marco de autoevaluación de la higiene de manos. Evaluación de infraestructura y disponibilidad de PBA.
- Febrero 2017: Elaboración del programa formativo.
- Marzo - Diciembre 2017: Realización de cuestionarios y talleres formativos.

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 - 2016/0421

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ANA MARIA CRUZ LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELENGUER CARRERAS LINA MARIA
GOMEZ ARA ANA MARIA
AZUARA LAGUIA MARIA CARMEN
CERDA GINER CLARA
RIOS GARCIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La VMNI es una técnica incorporada en el uso del Servicio de Urgencias, para mejorar esta asistencia en nuestro servicio hemos considerado necesario la realización del procedimiento de actuación de VMNI, con el uso de nuestros ventiladores, para evitar la variabilidad que pueda existir entre los distintos profesionales.

El grupo de trabajo ha sido constituido por profesionales médicos y enfermería del Servicio, nos hemos documentado sobre la técnica, organizado el trabajo, consensado la actuación en nuestro servicio de urgencias utilizando los respiradores de los que disponemos.

Se ha finalizado el procedimiento de VMNI en nuestro Servicio de Urgencias. Exponemos las indicaciones, contraindicaciones de la técnica, cómo iniciarla, seguimiento, detallado funcionamiento de los respiradores, así como el éxito y fracaso de la VMNI. Se completa nuestro trabajo con los adecuados cuidados de enfermería y su forma de actuación.

Hemos realizado una explicación detallada de la técnica, los cuidados de enfermería que estos pacientes precisan y la utilización de los diferentes ventiladores de los que disponemos en el servicio de Urgencias de nuestro Hospital.

Se ha implementado un registro de los pacientes a los que hemos aplicado VMNI en el período comprendido entre Marzo y Diciembre de 2017 y continúa en la actualidad.

Los motivos de instauración más frecuentes de este tratamiento han sido:

Insuficiencia respiratoria hipercápnica, hipoxémica, en pacientes con EPOC reagudizado e Insuficiencia Cardiaca.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Número de pacientes en tratamiento:

- % de pacientes con indicación correcta de ventilación mecánica= 100%
- % de pacientes con fracaso de ventilación mecánica no invasiva= 1/24 = 4,16% (Causa: por una mala adaptación del paciente a la técnica).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de esta técnica nos ha permitido realizar una selección adecuada de los pacientes candidatos a VMNI que se pueden beneficiar de esta técnica de soporte como alternativa a la intubación orotraqueal en pacientes críticos con insuficiencia respiratoria. Con esta técnica los pacientes han podido ser tratados en nuestro hospital, reduciendo el número de traslados que conlleva la ventilación mecánica invasiva. Disminuyen las complicaciones que ésta conlleva al igual que se reduce el gasto costo-efectivo que supone la VMI.

En el sistema PCH disponemos actualmente de la posibilidad de registrar a todos los pacientes a los que vamos a aplicar la técnica de VMNI, con la posibilidad de posibles estudios para comprobar cómo la estamos realizando, éxitos y fracasos y la posibilidad de mejora de calidad de nuestras actuaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/421 ===== ***

Nº de registro: 0421

Título
PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
CRUZ LOPEZ ANA MARIA, AZUARA LAGUIA CARMEN, CERDA GINER CLARA, BELENGUER CARRERAS LINA MARIA, GOMEZ ARA ANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0421

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

MARIA, RIOS GARCIA ISABEL, GARCIA GARCIA ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad venimos observando cierta variabilidad en la indicación y los cuidados de los pacientes que requieren ventilación mecánica no invasiva en nuestro servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

Estandarizar los criterios de indicación de ventilación mecánica no invasiva.
Establecer los cuidados de enfermería que deben seguir estos pacientes.

MÉTODO

- Establecimiento y documentación de un procedimiento clínico de ventilación mecánica no invasiva en nuestro servicio, con especial énfasis en:
- Indicaciones de ventilación mecánica (Criterios de inclusión y exclusión)
- Implementación de la técnica
- Monitorización y cuidados de enfermería en estos pacientes

- Difusión del procedimiento
- Evaluación del procedimiento (estudio antes-después)

INDICADORES

- % de pacientes con indicación correcta de ventilación mecánica
- % de pacientes con fracaso de ventilación mecánica no invasiva
- % de pacientes en los que se ha determinado ...

DURACIÓN

- Enero-Marzo de 2017 Consituición de equipo de trabajo multidisciplinar y elaboración del procedimiento
- Abril 2017: Difusión del procedimiento
- Mayo-Noviembre 2017: Implementación del procedimiento
- Diciembre 2017: Evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0585

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL MANEJO MEDICO Y DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA ENDOSCOPICA UROLOGICA

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA LUISA GIL ORTIGOSA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER
VALERO MILIAN JESUS
APARICIO MARTINEZ LYDIA
CATALA HERNANDEZ MARIA LUISA
FERNANDEZ ARENAS EMILIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante los 3 primeros meses de proyecto se ha elaborado un documento de consenso entre los diferentes profesionales implicados en la atención postoperatoria del paciente sometido a las intervenciones endoscópicas de urología, especialmente RTU de tumor vesical y RTU de próstata. Se ha analizado la factibilidad de implantación de este proyecto con los medios materiales y personales con los que se cuentan llegando a la conclusión de que resulta asumible agilizar el tiempo postoperatorio sin una merma en la calidad y en la seguridad del paciente y profesional sanitario. Enfermería ha asumido un incremento de su responsabilidad en la toma de decisiones en cuanto a manejo de lavadores con buenos resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha logrado reducir el tiempo de uso de sistema lavador de forma global cuando las características quirúrgicas o del paciente garantizasen dicha reducción en condiciones de seguridad. Así se ha logrado, por tanto, un ahorro en personal y material derivado de la reducción de tiempo de usos.
Se ha conseguido la retirada de cistostomía suprapúbica en pacientes sometidos a RTU de próstata en las primeras 24 horas en la práctica totalidad de los pacientes lo que repercute en un mayor confort del paciente y en una reducción de posibles eventos relacionados con infección del sitio quirúrgico en la zona de punción.
Se ha acordado incentivar la movilización precoz del paciente si bien no disponemos de resultados en este punto aunque la impresión general es que la sensación de fragilidad, la edad avanzada de los pacientes así como la presencia de sueroterapia y sistema de irrigación continua condiciona nuestros resultados al respecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Un proyecto de mejora en este tipo de cirugías, que son muy frecuentes en un hospital de nuestras características, resultaba necesario para homogeneizar el manejo de nuestros pacientes así como motivar a personal y pacientes a participar activamente en la recuperación
- El proyecto realizado no requiere desembolso económico alguno sino un equipo de personal multidisciplinar motivado a la mejora y que crea en el proyecto así como que aporte su punto de vista.
- Se recomienda plasmar en un documento los pilares fundamentales del nuevo manejo para la consulta de todos los profesionales en momentos de duda.
- Ha quedado pendiente la reducción en el uso de antibióticos si bien el cambio en la forma de profilaxis no compete únicamente al equipo de Urología sino que ha de ser consensado en la comisión de infecciosas correspondiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/585 ===== ***

Nº de registro: 0585

Título
ESTANDARIZACION DEL MANEJO MEDICO Y DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA ENDOSCOPICA UROLOGICA

Autores:
GARCIA RUIZ RAMIRO, ANDRES LAZARO VICENTE JOSE, GIL ORTIGOSA MARIA LUISA, VALERO MILIAN JESUS, APARICIO MARTINEZ LYDIA, ANDRES LOPEZ VANESA, CATALA HERNANDEZ MARIA LUISA, FERNANDEZ ARENAS EMILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0585

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL MANEJO MEDICO Y DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA ENDOSCOPICA UROLOGICA

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

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los procedimientos endoscópicos urológicos constituyen una parte importante de la actividad quirúrgica en los servicios de Urología en general y, en especial, en los Hospitales comarcales. Resulta fundamental establecer un manejo adecuado y estandarizado en cuanto al tratamiento antibiótico profiláctico, manejo de los sistemas de irrigación continuo así como de la retirada de la sonda garantizando una adaptación de los procedimientos al tipo de intervención y de paciente así como evitando costes o prolongación de estancias innecesarias. Actualmente en el servicio de Urología del Hospital de Alcañiz se halla constituido por 4 facultativos especialistas de área con formación especializada en diferentes servicios de Urología por lo que aunar criterios adaptando los postoperatorios a la última evidencia resulta importante.

RESULTADOS ESPERADOS
- Homogeneizar el manejo postoperatorio de la cirugía endoscópica urológica en un Hospital Comarcal (RTU de Próstata y RTU de tumor vesical).
- Reducir la estancia media si es posible.
- Evitar complicaciones derivadas de sondaje vesical más prolongado del estrictamente necesario.
- Evitar el empleo de cistostomías suprapúbicas salvo que quirúrgicamente se requiera.
- No incrementar el número de complicaciones derivadas de este nuevo manejo.
- Implicar al paciente en su recuperación postquirúrgica facilitando la movilización precoz.

MÉTODO
- Concienciación de todo el personal sanitario implicado en la atención del paciente urológico (Médicos, Enfermería, Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores...)
- Salida del paciente del quirófano sin cistostomía suprapúbica o retirada de la misma en primeras 24 horas.
- Cierre precoz de sistema de irrigación continua (la tarde de la intervención en caso de RTU de tumor vesical y en la mayor brevedad en caso de RTU de Próstata así como movilización del paciente incluso llevando dicho sistema.
- Retirada precoz de sonda vesical.
- Minimizar el empleo de antibióticos como profilaxis de la infección postoperatoria a dosis única preoperatoria.

INDICADORES
- Ausencia de cistostomía suprapúbica al salir de quirófano o retirada de la misma en primeras 24 horas (>90%).
- Cierre de lavador en RTU de tumor vesical en primeras 24 horas (>90%).
- Reducción del tiempo de sistema de irrigación en RTU de Próstata respecto protocolo previo >24 horas (>80%).
- Reducción de la estancia media global en ambos procedimientos.
- Pacientes dados de alta sin sonda (>90%).
- Uso de antibióticos en postoperatorio (<50%).

DURACIÓN
- 3 primeros meses desde la aceptación: Reunión de todo el equipo y consenso de los procedimientos, realización de protocolos de tratamiento postoperatorio o cronogramas tras la intervención. Puesta en marcha, detección de problemas y resolución de los mismos.
- 8 meses siguientes: Fase de realización de actividades.
- 1 mes siguiente (hasta completar un año): Analisis en términos absolutos y comparativos de resultados y complicaciones en estos pacientes.

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 - 2016/1242

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA RESECCION BIPOLAR TRANSURETRAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE VICENTE JAVIER ANDRES LAZARO

· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIL ORTIGOSA MARIA LUISA
VALERO MILIAN JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la adquisición del aparataje (resector bipolar) en septiembre de 2017 y hasta fecha de hoy 20 de febrero de 2018; hemos realizado 10 resecciones de próstata y 3 de grandes tumores vesicales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el transcurso de estos meses solamente hemos realizado una cirugía abierta por adenoma de próstata y tenemos otro paciente pendiente de adenomectomía abierta de próstata.

Los pacientes operados de resección bipolar de próstata han sido dados de alta, sin sonda, al tercer día de la cirugía.

Ningún paciente de los intervenidos, RTU bipolar de próstata, ha requerido de transfusión. Y estos pacientes no han necesitado de lavado vesical continuo más 24 horas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la implantación de la resección bipolar en nuestro hospital hemos visto que:

- Se han reducido el número de cirugías abiertas por adenoma de próstata.
- Se ha reducido la estancia post-operatoria, en tres días de media, en dicha patología.
- No ha sido necesario realizar transfusiones.
- Se han reducido los días de lavado vesical continuo.

- Se han podido intervenir, en un tiempo, grandes tumores de vejiga que con la resección convencional hubieran necesitado de dos intervenciones.

Aunque la incorporación del aparataje se retrasó hasta septiembre de 2017; la curva de aprendizaje ha sido corta y los resultados obtenidos muy buenos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1242 ===== ***

Nº de registro: 1242

Título
IMPLANTACION DE LA RESECCION BIPOLAR TRANSURETRAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
ANDRES LAZARO VICENTE JOSE, GIL ORTIGOSA MARIA LUISA, VALERO MILIAN JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el ámbito quirúrgico la tendencia actual es a evitar, en lo posible, la realización de cirugías abiertas; bien sea con la realización por vía endoscópica, percutánea o laparoscópica. En nuestro hospital la cirugía de la hiperplasia benigna de próstata, cuando la glándula es mayor de 60 c.c., se realiza por vía abierta, al no disponer hasta el momento de un resector bipolar. Tras la adquisición del mencionado aparato evitaremos la realización de cirugía abierta en un alto porcentaje de pacientes, disminuyendo los costes de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1242

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA RESECCION BIPOLAR TRANSURETRAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

intervención, la morbilidad intra y postoperatoria, la estancia postoperatoria y los días de recuperación del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Con la implantación de dicha técnica quirúrgica se espera reducir en casi un 70% la cirugía abierta del adenoma de próstata, también reducir el sangrado intra y postoperatorio en las resecciones transuretrales de próstata y de tumores de vejiga; con todo ello se acortaran los días de estancia postoperatoria, logro importante en un Hospital comarcal como el nuestro que a temporadas tiene problemas de camas. También se acortaran los días de recuperación del paciente, con la inserción al mundo laboral más precoz. En definitiva todo ello supondrá un ahorro económico importante.

MÉTODO

En primer lugar la adquisición de un resector bipolar por parte del Hospital de Alcañiz. (Incluido en el plan de necesidades del Servicio de Urología desde el inicio del año 2016). Una vez ya probado el aparataje, realización de una mínima curva de aprendizaje por parte de los miembros del Servicio de Urología.

INDICADORES

- Disminución del número de cirugías abiertas en el adenoma de próstata.
- Reducción de la estancia postoperatoria.
- Reducción del número de transfusiones postoperatorias en las resecciones transuretrales.
- Reducción del tiempo de lavado continuo vesical tras una resección transuretral.

DURACIÓN

Una vez se disponga de aparato se comenzara con la técnica quirúrgica, por parte de los miembros del servicio de Urología.
Una vez llevemos 12 meses de utilización, revisaremos los resultados, realizando un análisis en términos absolutos y comparativos de los resultados y de las complicaciones de estos paciente.

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 - 2016/1502

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA REVISION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE HOSPITALIZACION DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 19/06/2017

2. RESPONSABLE VANESA ANDRES LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PONS GODES INMACULADA
INSA GOMEZ MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Propuesta de trabajo anual de la revisión de los protocolos existentes actualmente en el Servicio de Urología en Hospitalización del Hospital de Alcañiz;

- Retirada de catéter doble J.
- Chevassee.
- U.I.E.
- Varicocele.
- Nesbit.
- Fistulectomíavesico-vaginal.
- Adenomectomía de próstata.
- Orquiectomía.
- RTU próstata/vesical.
- Cistolitotomía.
- Nefrectomía.
- T.O.T.
- Biopsia próstat/vesical.
- Biopsia renal.
- Hidrocele.
- Litotricia endoscópica.
- Orquidopexia.
- Ureterorenoscopia.

Revisión de tabla resumen de intervenciones quirúrgicas existente actualmente en el servicio de urología, y propuesta de actualización de la misma.

Revisión por parte de urólogos del servicio para aprobar modificaciones o nuevas aportaciones de los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Revisión y actualización de todos los procedimientos del Servicio de Urología.
Reuniones trimestrales, con acta en cada una de ellas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se determinarán al finalizar el año, y se presentarán datos de los procedimientos actualizados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1502 ===== ***

Nº de registro: 1502

Título
PROYECTO DE MEJORA DE ACTUALIZACION DE PROCESOS MEDICO-QUIRURGICOS EN EL AREA DE UROLOGIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
ANDRES LOPEZ VANESA, PALOMAR JOVEN MARTA, PONS GODES INMACULADA, INSA GOMEZ MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1502

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA REVISION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE HOSPITALIZACION DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

No disponemos de información actualizada ante determinados procesos en hospitalización.

RESULTADOS ESPERADOS

Actualizar conocimientos sobre determinadas procesos médico- quirúrgicos en el área de urología.

MÉTODO

Propuesta de trabajo anual de la revisión de los protocolos existentes actualmente en la 2ª planta del Hospital de Alcañiz;

- Retirada de catéter doble J.
- Chevassue.
- U.I.E.
- Varicocele.
- Nesbit.
- Fistulectomíavesico-vaginal.
- Adenomectomía de próstata.
- Orquiectomía.
- RTU próstata/vesical.
- Cistolitotomía.
- Nefrectomía.
- T.O.T.
- Biopsia próstat/vesical.
- Biopsia renal.
- Hidrocele.
- Litotricia endoscópica.
- Orquidopexia.
- Ureterorenoscopia.

Revisión de tabla resumen de intervenciones quirúrgicas existente actualmente en el servicio de urología, y propuesta de actualización de la misma. Revisión por parte de urólogos del servicio para aprobar modificaciones o nuevas aportaciones de los mismos.

INDICADORES

Realización de proyectos actualizados en el servicio de urología: SI/NO

DURACIÓN

ANUAL

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 - 2016/0213

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON LITIO EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE HELENA BECERRA DARRIBA
· Profesión MEDICO/A
· Centro USM ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAENZ BALLOBAR ANA MARIA
BESTUE FELIPE CATALINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los pacientes que iniciaron el tratamiento con litio entre octubre de 2016 y noviembre de 2017, cumplimentaron y firmaron el documento de consentimiento informado escrito diseñado para tal efecto, que se incorporó a su historia clínica y se explicó verbalmente en la entrevista. De igual forma, se les proporcionó un folleto informativo con recomendaciones sobre las precauciones básicas a tener en cuenta en relación a las características farmacocinéticas específicas de la medicación (adecuada hidratación, dieta normosódica, evitar altas temperaturas, signos de toxicidad), que se explicó en consulta con la colaboración de enfermería. Se elaboró un documento de registro en el que se recogieron los diferentes parámetros clínicos monitorizados previos a la instauración y durante el seguimiento del tratamiento, que se cumplimentaron periódicamente según las fechas previstas, adjuntándose a la evolución clínica de cada paciente. En primer lugar, se descartó la presencia de alteraciones en los siguientes valores sugestibles de incompatibilidad con la prescripción de litio: hemograma y bioquímica completos, VSG, electrolitos séricos, BUN, creatinemia, TSH basal, orina con osmolaridad y densidad específica, prueba de embarazo (mujeres en edad gestacional) y ECG (adultos mayores de 40 años). Durante el mantenimiento del tratamiento, se solicitaron determinaciones de litio en plasma tras cada incremento de dosis oral, y antes del siguiente, hasta alcanzar una litemia en rango terapéutico (0,6-1,2mEq/L) que se monitorizó semestralmente, junto con la función renal y tiroidea. Se repitió la analítica completa inicial con frecuencia anual. Se emplearon los recursos humanos de la Unidad de Salud Mental de Alcañiz (Psiquiatras y Enfermería) con su coordinación mediante reuniones mensuales de Equipo, y la colaboración de los Servicios de Análisis Clínicos del Hospital Comarcal de Alcañiz y del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se detallan los indicadores analizados, que se obtuvieron tras la revisión manual de las historias clínicas de los pacientes atendidos en consultas de psiquiatría de la Unidad de Salud Mental de Alcañiz, utilizando como referencia el registro de enfermería de las litemias solicitadas: número de pacientes que reciben tratamiento con litio, número de pacientes adheridos al control rutinario de los parámetros clínicos descritos, número de pacientes que han firmado el consentimiento informado de instauración de tratamiento con litio. En el periodo temporal en el que se aplicó este proyecto (octubre de 2016 a noviembre de 2017), un total de 24 pacientes se beneficiaron del inicio de tratamiento con litio y del control periódico de los parámetros monitorizados. Todos ellos firmaron el consentimiento informado y se vincularon al programa. Posteriormente, 7 de estos pacientes abandonaron el seguimiento tras finalizar el tratamiento por diferentes motivos: 2 casos no toleraron el fármaco mostrando secundarismos que precipitaron su retirada, 3 casos presentaron ausencia de eficacia clínica a pesar de alcanzar litemias terapéuticas, y 2 pacientes discontinuaron unilateralmente la medicación con negativa a realizar los controles analíticos. La media de edad de la muestra fue de 32 años, con un 60% de hombres y 40% de mujeres, registrando un caso infantojuvenil (17 años). La indicación más frecuente se asoció a Trastorno Bipolar (75%), seguido de Trastorno Esquizoafectivo (20%) y Depresión Recurrente (5%). Estos datos parecen estar en consonancia con la prevalencia objetivada de dichos trastornos en la población general.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el Equipo de la Unidad de Salud Mental de Alcañiz valoramos positivamente el impacto del proyecto, que nos ha permitido implantar un protocolo estructurado para el control y seguimiento del tratamiento con Litio, mejorando la adherencia terapéutica de los pacientes, y trabajando aspectos psicoeducativos tanto a nivel individual como familiar desde la perspectiva de la intervención precoz en el debut de la enfermedad. No obstante, la escasa conciencia de enfermedad característica de las patologías de espectro bipolar y psicótico, dificulta la implementación de tratamientos psicofarmacológicos orales, especialmente si conlleva la realización de procedimientos invasivos. Como propuestas de mejora, contemplamos la extensión de los objetivos a todos aquellos pacientes que ya se encontraban previamente en tratamiento con litio, que podrían beneficiarse igualmente del seguimiento monitorizado; así como la futura aplicación de un protocolo similar en el tratamiento con Ácido Valproico. Por tanto, consideramos que sería recomendable la replicación del proyecto en núcleos poblacionales con mayor volumen asistencial, en aras de incrementar la validez de los resultados, ya que la sostenibilidad del mismo se garantiza por el escaso consumo de recursos generado.

7. OBSERVACIONES.

Seguiremos con el protocolo. Damos por finalizado el proyecto de gestión.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0213

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON LITIO EN EL SECTOR ALCAÑIZ

*** ===== Resumen del proyecto 2016/213 ===== ***

Nº de registro: 0213

Título
PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON LITIO EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Autores:
SAENZ BALLOBAR ANA MARIA, BESTUE FELIPE CATALINA, DURAN SANDOVAL LICCET

Centro de Trabajo del Coordinador: USM ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desarrollar un programa para la mejor del seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes de salud mental en tratamiento con litio en el Sector de Alcañiz.
Basándonos en la literatura, se recomienda antes de la instauración del tratamiento con litio, solicitar las siguientes pruebas: hemograma y bioquímica completos, VSG, electrolitos séricos, nitrógeno uréico en sangre (BUN), creatinemia, TSH basal, orina con osmolaridad y densidad específica. EN mujeres en edad gestacional, prueba de embarazo, y en mayores de 40 años, ECG. Durante el tratamiento es preciso medir la litemia tras cada incremento de dosis y antes del siguiente. Es conveniente controlar las funciones renal y tiroidea cada seis meses o cuando esté indicado clínicamente. Además se ha de repetir la analítica inicial una vez al año. Los niveles plasmáticos de litio deben revisarse cada seis meses o menos si los síntomas o signos así lo aconsejan.
Por sus características farmacocinéticas, antes de iniciar el tratamiento se debe informar al paciente sobre el tratamiento así como de la importancia de mantener un equilibrio hidroelectrolítico adecuado, pues una dieta hiposódica o la deshidratación que puede darse en ambientes calurosos podría generar litemias tóxicas. Para ello se ha elaborado un documento de información básica para el paciente que inicia tratamiento con litio así como un consentimiento informado para dicho inicio de tratamiento.
Lo que se pretende conseguir en este proyecto es mejorar la información al paciente sobre el tratamiento con litio, así como facilitar al profesional que trata al paciente el registro y monitorización de la litemia y distintos parámetros a controlar durante la terapia con litio.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el control farmacológico de pacientes tratados con litio para aumentar la seguridad con dicho tratamiento así como mejorar la información al paciente para poder conseguir mayor adherencia al tratamiento.

MÉTODO
Cumplimentar documento de consentimiento informado para el paciente que inicia tratamiento con litio así como cumplimentar documento de registro diseñado para que el psiquiatra adjunte a la historia clínica del paciente para facilitar el control de los diferentes parámetros a tener en cuenta durante el tratamiento.
Responsables: Psiquiatras de la Unidad de Salud Mental de Alcañiz.
Reunión de equivo mensual para poder unificar criterios, solventar dudas, etc...

INDICADORES
-Número de pacientes que reciben tratamiento con litio y a los que se les está realizando el control de parámetros mediante el gráfico diseñado
- Número de pacientes que han firmado consentimiento informado de inicio de tratamiento con litio

DURACIÓN
Fecha de inicio en Octubre de 2016
Fecha de finalización: continuada
Monitorización global de indicadores: semestral
Evaluación global de indicadores: Noviembre 2017
Comunicación de resultados: Noviembre 2017

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0213

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON LITIO EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0214

1. TÍTULO

PROGRAMA DEL CONTROL Y ALERTA DE RETIRADA DE PSICOFARMACOS POR REACCION ADVERSA Y/O MALA TOLERANCIA EN HISTORIA CLINICA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE MANUEL GONZALEZ PANZANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro USM ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. SALUD MENTAL
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA
BECERRA DARRIBA HELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5. En cada historial clínico de los pacientes que acuden a esta unidad de salud mental, se ha registrado los efectos adversos que se han observado con los diversos psicofármacos preescritos, con el fin de lograr un mejor conocimiento de los mas frecuentes y una mejora a la hora obtener información en cada paciente. Para esto la historia clínica cuenta con un folio azul, donde se anotan, el fármaco, la dosis y el efecto adverso descrito

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos logrado registrar cuales son los efectos adversos mas frecuentes en cada grupo farmacológico, lo cual nos permite realizar a posteriori una mejor prescripción según cada paciente. Esto también es importante, cuando hay muchos cambios de facultativos en un servicio, ya que podemos tener acceso con facilidad a los efectos adversos de los medicamentos en un mismo formato.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al tener fácil acceso a los efectos adversos de los medicamentos a los pacientes, no permite agilizar la atención. Recomendamos que en otras unidades de salud mental, puedan tener la disponibilidad rápida a esta información, de la manera que la hemos implementado en este servicio.

7. OBSERVACIONES.

Seguiremos con el registro en el formato dentro de la historia clínica, damos por terminado esta línea de proyecto de gestión.. Sería interesante que en otras unidades se replicara este proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/214 ===== ***

Nº de registro: 0214

Título
PROGRAMA DE CONTROL Y ALERTA DE RETIRADA DE PSICOFARMACOS POR REACCION ADVERSO Y/O MALA TOLERANCIA EN HISTORIA CLINICA

Autores:
BESTUE FELIPE CATALINA, DURAN SANDOVAL LICCET, SAENZ BALLOBAR ANA MARIA, GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU, PANZANO GRACIA EMMA, GARCES TRASOBARES ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: USM ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EN EL EQUIPO DE SALUD MENTAL DE ALCANIZ SE SIGUE FUNCIONANDO CON HISTORIA CLINICA DE PAPEL, Y EL INDICE DE ROTACION DE PROFESIONALES ES MUY ELEVADO. ESTO SUPONE QUE CADA PROFESIONAL QUE COMIENZA A EJERCER EN EL SECTOR DEBE LEER Y EN ALGUNOS CASOS DESCIFRAR LAS ANOTACIONES DE LOS DIFERENTES PROFESIONALES PREVIOS COMO UNICA FORMA DE CONOCER LOS TRATAMIENTO PREVIOS ASI COMO LOS MOTIVOS POR LOS QUE FUERON RETIRADOS. QUEDAN REGISTRADAS LAS ALERGIAS, PERO NO LAS INTOLERANCIAS, LAS MALAS PAUTACIONES, LA FALTA DE RESULTADOS, ETC. INFORMACION VITAL A LA HORA DE ACOMETAR LA PRESCRIPCION FARMACOLOGICA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0214

1. TÍTULO

PROGRAMA DEL CONTROL Y ALERTA DE RETIRADA DE PSICOFARMACOS POR REACCION ADVERSA Y/O MALA TOLERANCIA EN HISTORIA CLINICA

RESULTADOS ESPERADOS

- DISMINUIR RIESGO DE FALTAR AL PRIMER JURAMENTO HIPOCRATICO ("PRIMERO, NO DAÑAR") PUES, INSISTIMOS, EN ALGUNOS CASO DESCIFRAR LO ESCRITO EN LA HISTORIA CLINICA ES UNA TAREA ARDUA Y CASI IMPOSIBLE
- FACILITAR LA PRESCRIPCIÓN AL FACULTATIVO (ASI COMO A LOS SUCESIVOS)
- ELABORAR UN HISTORICO DE PRESCRIPCIONES POR PACIENTE PONIENDO EL PUNTO DE MIRA EN LOS FRACASOS: POR INTOLERANCIAS, POR FALTA DE RESPUESTA, ETC

MÉTODO

ELABORACION DE HOJA DE "EFECTOS ADVERSOS" INDEPENDIENTE DE LAS HOJAS DE EVOLUCION CLINICA, DE FACIL ACCESO Y MANEJO. CON DATOS COMO FECHA DE INICIO DE PRESCRIPCION, FECHA DE RETIRADA Y MOTIVO DE SUSPENSION DE TRATAMIENTO

INDICADORES

- N° DE HOJAS INICIADAS (= N° DE INCIDENCIAS FARMACOLOGICAS)
- COEFICIENTE N° DE HOJAS INICIADAS/N° DE PACIENTES VISTOS
- CUANTIFICACION (A POSTERIORI Y COMO HIPOTESIS) DEL DESCENSO DEL N° DE INCIDENCIAS

DURACIÓN

PLANTEAMOS UN PILOTAJE DE 1 AÑO CON REVISION SEMESTRAL, DE CARA A VER EFICIENCIA Y ACCESIBILIDAD. SI ADECUADO CUMPLIMIENTO Y UTILIDAD, UNA DURACION 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: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **