

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2018)

Número de memorias: 131 (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	AMB	USM ALCAÑIZ	SAENZ BALLOBAR ANA	2018_1438	S1	15/03/2019	INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL
AL	AMB	USM ALCAÑIZ	BECERRA DARRIBA HELENA	2018_1556	F	15/03/2019	OPTIMIZACION DE LAS DERIVACIONES A SALUD MENTAL DESDE ATENCION PRIMARIA DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	CASTELLANO JUSTE ISABEL	2018_0342	S1	10/02/2019	PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	CASTELLANO JUSTE ISABEL	2018_0342	F	30/01/2020	PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	TELMO HUESO SIRA	2018_0391	F	30/01/2019	TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN ALTA MONTAÑA
AL	AP	CS ALCAÑIZ	SOLDEVILLA JIMENO ELENA	2018_0414	F	11/01/2019	"DIME LO QUE COMES"
AL	AP	CS ALCAÑIZ	GAN GARGALLO MARIA CARMEN	2018_1133	F	15/02/2019	MEJORA EN EL USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA Y OTITIS MEDIA AGUDA EN EL EAP DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	AGUILAR JULIAN MARTA	2018_1137	F	10/02/2019	MEJORA DE LA EXPLORACION Y REGISTRO DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA	2018_1470	S1	27/02/2019	PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL
AL	AP	CS ALCAÑIZ	CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA	2018_1470	F	31/01/2020	PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL
AL	AP	CS ALCAÑIZ OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	HURTADO LOPEZ CARMEN	2018_1059	F	26/02/2019	COMUNICACION UNIFICADA DE RESULTADOS DE CITOLOGIAS PARA MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	MARTINEZ ARRIAZU SIXTO JOSE	2018_0019	F	30/01/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA TRASMISION DE INFORMACION Y APROVECHAMIENTO DE CONSULTA PEDIATRICA CON POBLACION INFANTIL INMIGRANTE
AL	AP	CS ALCORISA	BONDIA HERRERO MARIA ISABEL	2018_0804	S1	28/02/2019	PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA MONOGRAFICA SOBRE TABAQUISMO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL
AL	AP	CS ALCORISA	GOMEZ TENA MARIA GORETI	2018_0860	S1	21/02/2019	FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVES DE UN PERIODICO LOCAL
AL	AP	CS ALCORISA	GOMEZ TENA MARIA GORETI	2018_0860	F	21/01/2020	FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVÉS DE UN PERIÓDICO LOCAL
AL	AP	CS ANDORRA	HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD	2018_0069	S1	14/01/2019	IMPLANTACION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO EN ATENCION PRIMARIA EN PATOLOGIA BILIAR Y TIROIDES
AL	AP	CS ANDORRA	GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL	2018_1129	F	13/02/2019	ESCUELA DE MADRES
AL	AP	CS CALACEITE	SIMON MELCHOR ALBA	2018_1093	F	29/01/2019	DETECCION E INTERVENCION DE LASOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE
AL	AP	CS CALANDA	FERRANDO AZNAR CLARA	2018_1140	S1	07/03/2019	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CS CALANDA
AL	AP	CS CALANDA	BARDAJI RUIZ BEATRIZ	2018_1159	S1	27/02/2019	TALLER DE FORMACION BASICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA
AL	AP	CS CALANDA	COSTA MONTAÑES ROSA	2018_1388	S1	16/03/2019	PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES DESDE LA INFANCIA. CENTRO DE SALUD CALANDA Y MAS DE LAS MATAS
AL	AP	CS CALANDA	COSTA MONTAÑES ROSA	2018_1388	F	31/01/2020	PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES
AL	AP	CS CANTAVIEJA	SANJUAN DOMINGO RAQUEL	2018_0432	S0	18/02/2019	USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA (FAA) Y EN OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) EN PEDIATRIA EN EL EAP CANTAVIEJA
AL	AP	CS CANTAVIEJA	MARCO LOSTAL CARMEN	2018_0538	F	03/01/2019	EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD
AL	AP	CS CANTAVIEJA	MARCO LOSTAL CARMEN	2018_0538	F	05/02/2019	EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD
AL	AP	CS CANTAVIEJA	PAULO FUERTES ROSARIO ANA	2018_0539	F	05/01/2019	IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA
AL	AP	CS CANTAVIEJA	PAULO FUERTES ROSARIO ANA	2018_0539	F	19/02/2019	IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA
AL	AP	CS CASPE	RELANCIO PASCUAL PATRICIA	2018_0933	F	11/03/2019	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA
AL	AP	CS CASPE	RELANCIO PASCUAL PATRICIA	2018_0933	F	31/01/2020	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2018)

Número de memorias: 131 (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 CASPE	BELLES PALLARES LUCIA	2018_1400	F	23/02/2019	DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE
AL	AP	CS HIJAR	LAZARO GRACIA PILAR	2018_0910	F	27/02/2019	CONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO RECIENTE DE DIABETES
AL	AP	CS HIJAR	TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL	2018_1300	F	13/02/2019	PROCESO DE GESTION DE ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO	2018_1311	F	05/03/2019	MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES	2018_1330	F	20/02/2019	INVENTARIO DEL MATERIAL QUIRURGICO Y CONFECCION POSTERIOR DE EQUIPOS PARA CIRUGIA MENORAMBULATORIA, SUTURA Y CURAS EN EL C.S. DE HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL	2018_1532	S1	12/02/2019	CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL	2018_1532	S2	30/01/2020	CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. HIJAR
AL	AP	CS MAELLA	CEBRIAN FRANCO MILAGROS	2018_1173	S1	21/02/2019	TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA
AL	AP	CS MAELLA	CEBRIAN FRANCO MILAGROS	2018_1173	F	15/01/2019	TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA
AL	AP	CS MAELLA	CEBRIAN FRANCO MILAGROS	2018_1173	F	03/01/2020	TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	RICO GASCON SILVIA	2018_0703	S2	30/01/2020	TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	RICO GASCON SILVIA	2018_0703	F	13/01/2019	TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	RICO GASCON SILVIA	2018_0703	F	09/02/2019	TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER	2018_1236	S1	15/03/2019	REALIZACION DE ESPIROMETRIA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCION DE EPOC
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER	2018_1236	S2	27/01/2020	REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCIÓN DE EPOC
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	BORRAZ MIR MARIA PILAR	2018_1296	F	28/02/2019	RECONOCIMIENTO Y ACTUACION RAPIDA POR LA POBLACION ANTE UN POSIBLE ICTUS
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	SANCHEZ GORRIZ TERESA	2018_1390	F	28/02/2019	CARGOS A TERCEROS EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	CASTAN BARRIO JOSE ANGEL	2018_1421	F	06/03/2019	DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	CASTAN BARRIO JOSE ANGEL	2018_1421	F	29/01/2020	DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS
AL	AP	CS MUNIESA	SALESA ALBALATE ALBERTO	2018_0937	F	25/01/2019	TALLERES DE RCP BASICA Y DESFIBRILADOR EN ZONAS RURALES ALEJADAS
AL	AP	CS MUNIESA	MALLEN EDO MARTA	2018_1155	F	14/01/2019	¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?
AL	AP	CS MUNIESA	MALLEN EDO MARTA	2018_1155	F	14/03/2019	¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?
AL	AP	CS MUNIESA	NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA	2018_1256	S1	22/02/2019	IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD
AL	AP	CS MUNIESA	NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA	2018_1256	F	28/01/2020	IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD
AL	AP	CS MUNIESA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	REPOLLES PERALTA PATRICIA	2018_0942	F	06/02/2019	SUELO PELVICO Y MENOPAUSIA
AL	AP	CS VALDERROBRES	FIGUEROLA FALCO SANDRA	2018_0916	S1	22/02/2019	CUMPLIMENTACION DE LA DOCUMENTACION DE CARGOS A TERCEROS EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES
AL	AP	CS VALDERROBRES	GUERRERO VICENTE MARISOL	2018_0919	S1	08/03/2019	PROYECTO "MANOS LIMPIAS" EN CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO	2018_0068	S1	14/01/2019	ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNETICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO	2018_0068	F	30/01/2020	ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	TURON ALCAINE JOSE MARIA	2018_0074	S1	14/01/2019	PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2018)

Número de memorias: 131 (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
							DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	TURON ALCAINE JOSE MARIA	2018_0074	S2	28/01/2020	PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	TURON ALCAINE JOSE MARIA	2018_0075	S1	01/02/2019	PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANALISIS CLINICOS	ARENZANA GARCIA SARA	2018_1412	S1	27/02/2019	PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN SANGRIAS TERAPEUTICAS O FLEBOSTOMIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANALISIS CLINICOS	AYORA RUBIO RAQUEL	2018_1413	S1	27/02/2019	PROCEDIMIENTO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES PORTADORES DE CATETER VENOSO CENTRAL DE LARGA DURACION (HICKMAN)
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANATOMIA PATOLOGICA	CAY DIARTE ALFONSO	2018_0356	S2	13/02/2019	ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA Y DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANATOMIA PATOLOGICA	CAY DIARTE ALFONSO	2018_0356	F	31/01/2020	ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANESTESIA Y REANIMACION	CALDERON AGUIRRE PATRICIA	2018_0265	S1	20/02/2019	IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE PREHABILITACION DENTRO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL PARA CIRUGIA ELECTIVA DE NEOPLASIA COLORRECTAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANESTESIA Y REANIMACION	CARLUCCIO MARIA CRISTINA	2018_0374	S0	05/03/2019	IMPLEMENTACION DE REUNIONES INFORMATIVAS DE ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO Y OBTENCION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE ATENCION INTEGRAL A LA GESTANTE
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANESTESIA Y REANIMACION	MURILLO PINA RAQUEL	2018_0392	S1	25/02/2019	IMPLEMENTACION DE LA VIA RICA (VIA CLINICA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA ABDOMINAL) EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL DE FORMA ELECTIVA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ATENCION AL PACIENTE	CLAVERO SORIANO ANA CRISTINA	2018_0791	F	28/02/2019	MANUAL DE ACOGIDA AL PERSONAL DEL SERVICIO DE ATENCION E INFORMACION AL USUARIO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ BIOQUIMICA	PABLO BRUNA CARMEN	2018_1566	S1	13/03/2019	OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ BLOQUE QUIRURGICO	BONO LAMARCA MARIA TERESA	2018_0149	S1	11/02/2019	REMODELACION Y ACTUALIZACION DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ BLOQUE QUIRURGICO	BONO LAMARCA MARIA TERESA	2018_0149	F	23/01/2020	REMODELACION Y ACTUALIZACION DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	ALMEIDA PONCE HELEN	2018_0233	S1	06/02/2019	OPTIMIZACION DE LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS AL ALTA, MEDIANTE ESTRATEGIAS DE INFORMACION AL PACIENTE
AL	HOSP	H ALCAÑIZ CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	BLASCO GIL SILVIA	2018_0299	F	31/01/2019	RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	BLASCO GIL SILVIA	2018_0299	F	20/12/2019	RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	RAMIREZ RODRIGUEZ ROSARIO	2018_0347	F	07/02/2019	ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE TORACOCENTESIS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MAURAIN VILORIA ANA	2018_0302	S1	31/01/2019	PROTOCOLOS EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MAURAIN VILORIA ANA	2018_0302	S2	29/01/2020	PROTOCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DERMATOLOGIA	RIVERA RODRIGUEZ ALVARO	2018_0604	F	20/02/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD DE LA PATOLOGIA CON SOSPECHA TUMORAL EN LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DERMATOLOGICA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DERMATOLOGIA	FUENTELSAZ DEL BARRIO MARIA VICTORIA	2018_0605	F	26/02/2019	INTERVENCION SOBRE EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO. PACIENTES PSORIASIS GRAVE EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DIGESTIVO	MARTINEZ CRESPO ELENA	2018_0522	F	11/03/2019	SOLICITUD DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA ATENCION PRIMARIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DIGESTIVO	LACARTA GARCIA PEDRO	2018_0617	S1	11/03/2019	PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DIGESTIVO	LACARTA GARCIA PEDRO	2018_0617	F	23/01/2020	PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2018)

Número de memorias: 131 (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 DIRECCION	LARA GARRIDO ANGELA	2018_0682	F	24/02/2019	MANUAL DEL SUPERVISOR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	VERDES SANZ GUAYENTE	2018_1507	S1	27/02/2019	INTERVENCION PARA REDUCIR LA ESPERA EN LA REALIZACION DE ECOGRAFIAS EN LA PATOLOGIA TIROIDEA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ESTERILIZACION	FERRANDO RAMOS MARIA JESUS	2018_0310	S2	06/03/2019	CATALOGO FOTOGRAFICO DEL MATERIAL CRITICO QUE SE RECEPCIONA Y SE LIMPIA EN LA ZONA DE RECEPCION Y LIMPIEZA DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ FARMACIA HOSPITALARIA	FERNANDEZ ALONSO EDGAR	2018_0741	F	04/03/2019	OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION MEDICA. VALIDACION FARMACEUTICA Y ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ANTINEOPLASICOS EN HOSPITAL DE DIA. MEJORA DE LA GESTION Y PLANIFICACION DE LA ACTIVIDAD
AL	HOSP	H ALCAÑIZ FARMACIA HOSPITALARIA	ALONSO TRIANA YARA MARIA	2018_1002	F	14/03/2019	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA EN COLABORACION CON EL SERVICIO DE FARMACIA PARA LA OPTIMIZACION DEL CIRCUITO DE VACUNAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	SANCHO VAL LUIS IGNACIO	2018_0727	S1	21/02/2019	IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	SANCHO VAL LUIS IGNACIO	2018_0727	S1	26/02/2019	IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	PARICIO MORENO MIGUEL	2018_0812	S1	21/02/2019	PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO CON NOVOSEVEN® (EPTACOG ALFA-FACTOR VII ACTIVADO) EN LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA MUY GRAVE Y/O COMPROMISO VITAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ HOSPITALIZACION A DOMICILIO	DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL	2018_0157	F	22/02/2019	MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES SANITARIOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA DEL TRABAJO	ROYO ANADON JULIA	2018_0318	F	18/02/2019	PROCEDIMIENTO DE PROTECCION A LA EMBARAZADA EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA INTERNA	ARTAJONA RODRIGO ESTER	2018_0075	S1	29/01/2020	PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA INTERNA	MARCILLA CORDOBA FRANCISCO	2018_0286	S1	26/02/2019	IMPLEMENTAR UN GESTOR DE PETICION DE CAMA EN HAD DESDE A. PRIMARIA PARA EL SECTOR DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA INTERNA	PIQUERAS SERRANO CARMEN NURIA	2018_0410	S1	27/02/2019	COORDINACION EN EL SEGUIMIENTO AL PACIENTE VIH, APOYO EN EL CIRCUITO ASISTENCIAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	CALDERON MEZA JOSE MANUEL	2018_0726	F	20/02/2019	CONSULTA VIRTUAL DE VACUNACION EN GRUPO DE RIESGO EN LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	RUIZ ANDRES MARIA ANGELES	2018_0867	F	05/02/2019	REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO TECNICO DE ANALISIS "DETECCION DE PAPILOMAVIRUS DE ALTO RIESGO" SEGUN NORMA ISO 15189, EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEFROLOGIA	LOPEZ ALEJALDRE IGNACIO	2018_0312	F	26/02/2019	IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACION DEL ACCESO VASCULAR EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUMOLOGIA	AGUD CARDONA MONICA	2018_0117	S0	18/02/2019	HOJA DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN BRONCOSCOPIAS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUMOLOGIA	ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA	2018_0118	F	14/02/2019	EDUCACION EN EL PACIENTE RESPIRATORIO: ESPIROMETRIA E IMPORTANCIA DE LA TECNICA INHALATORIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUROLOGIA	BALLESTER MARCO LAURA	2018_0402	S1	21/02/2019	ATENCION NEUROLOGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO. CREACION CLINICA AIT
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUROLOGIA	BALLESTER MARCO LAURA	2018_0402	F	29/01/2020	ATENCION NEUROLOGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO. CREACION CLINICA AIT
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUROLOGIA	SARRION MOCHALES MONTSERRAT	2018_0406	S1	21/02/2019	SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCION DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUROLOGIA	SARRION MOCHALES MONTSERRAT	2018_0406	F	23/01/2020	SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCION DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ANDREU GISBERT PILAR	2018_0155	F	26/02/2019	ELABORACION DE UN POSTER PARA EL MANEJO DE SULFATO DE MAGNESIO EN SUS DISTINTAS MODALIDADES OBSTETRICAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	SANCHO VIVES ESTHER	2018_1104	F	07/02/2019	PROCESO DE AMNIOCENTESIS PARA DIAGNOSTICO PRENATAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OFTALMOLOGIA	LATRE REBLED BEATRIZ	2018_0385	F	27/02/2019	ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE CATARATA Y GLAUCOMA

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2018)

Número de memorias: 131 (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 ONCOLOGIA MEDICA	GALAN CERRATO NIEVES	2018_0171	F	28/02/2019	ADECUACION DEL SOPORTE AL FINAL DE LA VIDA DEL PACIENTE ONCOLOGICO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ONCOLOGIA MEDICA	VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO	2018_0172	F	29/01/2019	INFORMACION DE EFECTOS SECUNDARIOS DE INMUNOTERAPIA PARA PACIENTE, FAMILIARES Y SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ONCOLOGIA MEDICA	ORTI MOLES JESSICA	2018_0202	F	26/02/2019	ELABORACION DE UN POSTER PARA LA ACTUACION RAPIDA ANTE LA EXTRAVASACION DE UN FARMACO CITOSTATICO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ONCOLOGIA MEDICA	ALVAREZ ALEJANDRO MARIA	2018_1373	S1	28/01/2019	REVISION Y PROTOCOLIZACION DE LAS PAUTAS DE ANTIEMESIS EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS UTILIZADOS EN HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OTORRINOLARINGOLOGIA	MOLINER PEIRO FERNANDO	2018_0290	F	31/01/2019	DIGITALIZACION DE IMAGENES LARINGEAS PATOLOGICAS TOMADAS POR FIBROSCOPIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	CLAVERO MONTAÑES NURIA	2018_0341	F	18/02/2019	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA VALORACION Y TRATAMIENTO DEL FRENILLO SUBLINGUAL EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	ORDEN RUEDA CLAUDIA	2018_0344	F	18/02/2019	IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIATRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACION EN AMBULANCIA MEDICALIZADA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	OCHOA GOMEZ LAURA	2018_0484	F	25/02/2019	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS CESAREAS EN AREA DE DESPERTAR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PRUEBAS FUNCIONALES	HEREDIA FERRER LOURDES	2018_0981	F	20/02/2019	PICTOGRAMA PARA ELECTROCARDIOGRAMA Y TOCOLOGIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PSIQUIATRIA	DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA	2018_1336	S0	12/04/2019	PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PSIQUIATRIA	DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA	2018_1336	F	28/02/2020	PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA	2018_0327	F	13/02/2019	PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE CADERA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	MARTI AMELA ANA BELEN	2018_0345	F	13/02/2019	PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE RODILLA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA	2018_0393	F	20/02/2019	UTILIZACION DE HOJA DE RECOGIDA DE DATOS Y TOMA DE MEDIDAS ANTE CLINICA/SOSPECHA DE LINFEDEMA EN CONSULTA DE REHABILITACION. PROTOCOLO DE ACTUACION EN CONSULTA Y DERIVACION A TRATAMIENTO FISIOTERAPICO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	POLO ROYO MARCO	2018_0394	F	20/02/2019	PROTOCOLO DE SOLICITUD DE PRUEBAS NEUROFISIOLOGICAS EN EL Sº REHABILITACION DEL H ALCAÑIZ POR SOSPECHA CLINICA DE RADICULOPATIA CERVICAL Y/O LUMBAR, O AFECTACION DE NERVIOS PERIFERICOS EN EXTREMIDADES
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REUMATOLOGIA	CASORRAN BERGES MARTA PILAR	2018_0425	F	26/02/2019	CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE DE LA UVEITIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	MARTINEZ FERRI MARIA JOSE	2018_0138	F	24/02/2019	PROCEDIMIENTO DE GESTION DE ALMACENES Y STOCKS HOSPITALARIOS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UNIDAD DE SALUD MENTAL	SAENZ BALLOBAR ANA	2018_1438	F	27/02/2020	INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ URGENCIAS	COLAS OROS CARLOS	2018_0077	S1	14/01/2019	INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ URGENCIAS	COLAS OROS CARLOS	2018_0077	S2	29/01/2020	INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ URGENCIAS	ROYO MOLES MARIA ISABEL	2018_0664	F	21/02/2019	DERIVACION DEL PACIENTE CON AISLAMIENTO A HOSPITALIZACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UROLOGIA	ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER	2018_0662	F	07/02/2019	OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA MICROHEMATURIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UROLOGIA	VALERO MILIAN JESUS	2018_0663	F	07/02/2019	OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA HIPERTROFIA BENIGNA DE PROSTATA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1438

1. TÍTULO

INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ANA SAENZ BALLOBAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro USM ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ PANZANO MANUEL
DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA
TORRALBA MARCO ROSA
PEREZ MAICAS BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante estos primeros meses se ha diseñado el protocolo del proyecto, utilizando la escala HADS para evaluar al ansiedad presente en el paciente previa y posteriormente a las 8 sesiones mensuales de meditación mindfulness. Estas sesiones nos ayudarán a intentar reducir el estrés y así llegar en mejores condiciones a la cirugía. Se han reservado espacios para dichas sesiones y se ha trabajado junto con psicología el tipo de sesiones a realizar mediante meditación del escaneo o recorrido corporal también llamado "body scan". Desde enfermería se aplicará la escala para saber la puntuación antes y después de dichas sesiones. Las sesiones se realizarán el último miércoles de cada mes, teniendo una duración aproximada de una hora. Desde anestesia se derivarán a salud mental aquellos pacientes que se detecte que puedan beneficiarse en mayor medida de esa reducción de la ansiedad mediante mindfulness.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Por el momento se ha derivado un paciente desde anestesia que está pendiente de iniciar las sesiones mensuales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se necesita más tiempo para poder recibir más muestra de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1438 ===== ***

Nº de registro: 1438

Título
INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL

Autores:
GONZALEZ PANZANO MANUEL, DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA, BECERRA DARRIBA HELENA, SAENZ BALLOBAR ANA MARIA, SANCHEZ LUCAS NAIARA, GARCES TRASOBARES ROSA, PANZANO GRACIA EMMA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dado el incremento en el número de pacientes que tienen que ser sometidos a cirugía por cáncer de colon en los últimos años cobra sentido dedicar recursos a una intervención que tenga por objeto que éstos lleguen en óptimas condiciones psicofísicas abordando aspectos como el ejercicio, la nutrición etc. Dada la evidencia científica que ha demostrado el mindfulness de cara a disminuir la ansiedad y mejorar la salud de una forma integral consideramos que resultaría eficaz también realizar este tipo de terapia de forma prequirúrgica para obtener sus beneficios y llegar en mejores condiciones al momento de la intervención así como también de forma postquirúrgica para una óptima recuperación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1438

1. TÍTULO

INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos del proyecto:

- Detectar a aquellos pacientes que podrían beneficiarse en mayor medida de una reducción de la ansiedad mediante las escala HADS.
- Realizar en los meses previos a la intervención sesiones mensuales de meditación mindfulness de cara a reducir el estrés y llegar en mejores condiciones a la cirugía.
- Realizar en los meses posteriores a la intervención 8 sesiones de forma mensual de cara a una óptima recuperación.

Población diana: Pacientes con mayor puntuación en ansiedad detectada en la escala HADS.

MÉTODO

- Creación de un espacio en la agenda de los psiquiatras del CSM de Alcañiz un miércoles al mes de 8 a 10h de forma mensual para realizar la intervención de tipo mindfulness.
- Oferta de participar en las sesiones de meditación que se organizan mensualmente en el CSM Alcañiz los miércoles.
- Oferta postcirugía a los pacientes para continuar con 8 sesiones más de cara a la óptima recuperación.

INDICADORES

Evaluación:

- Registro de escala HADS previamente a iniciar las sesiones de meditación y tras las 8 sesiones.
- Valoración del tiempo de recuperación del proceso en comparación a quienes no realizan las sesiones de meditación.

DURACIÓN

El proyecto tendrá una duración aproximada de un año, con inicio previsto en julio de 2018 y finalización en julio de 2019. Se planificarán sesiones mensuales de 2 horas, impartidas por los diferentes profesionales participantes de la USM Alcañiz.

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 - 2018/1556

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS DERIVACIONES A SALUD MENTAL DESDE ATENCION PRIMARIA DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 15/03/2019

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
GARCES TRASOBARES ROSA NATIVIDAD
PEREZ MAICAS BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha llevado a cabo una sesión clínica informativa en el Centro de Salud de Alcañiz, que tuvo lugar el pasado 19 de febrero de 2019. Ésta fue impartida por la coordinadora de este proyecto (psiquiatra), y dirigida a médicos de atención primaria, con el título: "Protocolo de abordaje terapéutico de los Trastornos de Adaptación". En ella, se han detallado los criterios de derivación a Salud Mental aplicables a dicha patología. Asimismo, se ha distribuido información verbal y se ha facilitado el material utilizado en la sesión (presentación digital) a aquellos facultativos de atención primaria del sector de Alcañiz que solicitan habitualmente interconsultas a la USM de Alcañiz. De esta forma, se ha podido detallar en los casos clínicos reales consultados, el manejo terapéutico individualizado de la sintomatología ansioso-depresiva leve en contextos adaptativos, en pacientes sin antecedentes psiquiátricos previos ni criterios de gravedad.

Se han empleado los recursos humanos disponibles en el equipo multidisciplinar de la Unidad de Salud Mental de Alcañiz (USM), compuesta por psiquiatras, psicólogas y enfermería, con la convocatoria de reuniones mensuales en el recurso, desde enero hasta marzo de 2019, para la recopilación de los resultados obtenidos y su evaluación. Además, ha sido necesario el uso de la herramienta de interconsulta virtual de la historia clínica electrónica del Servicio Aragonés de Salud, la sala de juntas del Centro de Salud de Alcañiz y el correo electrónico institucional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se revisaron las interconsultas virtuales recibidas en la USM de Alcañiz, a través de la historia clínica electrónica del Servicio Aragonés de Salud, durante el periodo temporal comprendido entre enero y marzo de 2019, que habían sido emitidas desde los equipos de atención primaria del sector de Alcañiz, demandando una primera valoración de pacientes sin seguimiento previo en Salud Mental que presentaban trastornos adaptativos.

Los resultados hallados confirman que el 50% de estas derivaciones cumplían los criterios establecidos e implantados durante el desarrollo del proyecto. Igualmente, el 45% de las consultas correspondientes a aquellos casos de sintomatología más leve, han sido resueltos y controlados por el médico de atención primaria, aplicando las recomendaciones sugeridas desde psiquiatría, situación que supone una disminución del gasto sanitario en asistencia especializada no pertinente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Desde el equipo, se valora positivamente la consecución de los objetivos fijados y se concluye de manera satisfactoria el proyecto, considerando que ha supuesto un avance importante en el proceso de coordinación entre salud mental y atención primaria, con mejoría de la calidad asistencial de los pacientes. Por ello, sería recomendable su replicación en otras Unidades de Salud Mental.

7. OBSERVACIONES.

Sin observaciones.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1556 ===== ***

Nº de registro: 1556

Título
OPTIMIZACION DEL ABORDAJE CLINICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESION DESDE ATENCION PRIMARIA, EN COORDINACION CON LA UNIDAD DE SALUD MENTAL EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Autores:
BECERRA DARRIBA HELENA, DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA, GONZALEZ PANZANO MANUEL, SAENZ BALLOBAR ANA MARIA, GARCES TRASOBARES ROSA, PANZANO GRACIA EMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: USM ALCAÑIZ

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1556

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS DERIVACIONES A SALUD MENTAL DESDE ATENCION PRIMARIA DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología: Trastornos depresivos y de ansiedad
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: -----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La interconsulta virtual establece una colaboración directa entre profesionales. Sin embargo, en los trastornos depresivos y de ansiedad que son identificados y canalizados desde Atención Primaria a nuestra Unidad de Salud Mental a través de esta herramienta, hemos detectado manejos terapéuticos inadecuados, escasa resolución previa de cuadros clínicos leves, dificultades en la valoración de la gravedad de la sintomatología y elevada heterogeneidad en los criterios de derivación, especialmente si la patología se presenta en el contexto de un proceso adaptativo. Todo ello contribuye a empeorar el pronóstico con aparición de complicaciones y prolongación de la disfuncionalidad.

Pertinencia: radica en la necesidad evidenciada de proporcionar una formación a los facultativos de atención primaria, para el correcto abordaje de los trastornos depresivos y de ansiedad desde su presentación temprana. Ello posibilitará la discriminación precoz de aquellos casos que precisen una intervención especializada, mediante la aplicación de un protocolo consensuado de derivación y tratamiento, optimizando el uso de la Interconsulta Virtual.

RESULTADOS ESPERADOS

- Instaurar un protocolo unificado para el manejo clínico desde Atención Primaria de los trastornos depresivos y de ansiedad, que incremente la eficiencia de las interconsultas virtuales con Salud Mental.

Resultados que se espera conseguir:

- Asumir desde Atención Primaria el manejo terapéutico elemental de la sintomatología ansioso-depresiva leve en contextos adaptativos, de pacientes sin antecedentes psiquiátricos previos ni criterios de gravedad, con el apoyo de psiquiatría como consultor virtual.
- Identificar desde Atención Primaria a pacientes con trastornos depresivos y de ansiedad susceptibles de recibir asistencia especializada, para su canalización a Salud Mental e inicio precoz de tratamiento.
- Disminuir la prescripción prolongada de psicofármacos ansiolíticos de potencial abuso como primera elección desde Atención Primaria, ofreciendo formación para la correcta elección terapéutica de antidepresivos en estas patologías.
- Reducir el gasto sanitario que supone la asistencia especializada de trastorno mental común no complicado en un dispositivo psiquiátrico ambulatorio.

Población diana: Mujeres y hombres con edad mínima de 18 años, que consulten en Atención Primaria del Sector de Alcañiz, presentando sintomatología ansioso-depresiva.

Dirigido a: Equipos de Atención Primaria del Sector Sanitario de Alcañiz.

MÉTODO

1. Elaboración y distribución telemática por el Equipo de la USM de algoritmos de manejo clínico de los trastornos depresivos y de ansiedad destinados a Atención Primaria, que faciliten la toma de decisiones terapéuticas.
2. Diseño y difusión telemática de un protocolo por el Equipo de la USM, con criterios homogéneos de derivación de trastornos depresivos y de ansiedad desde Atención Primaria a Salud Mental, así como la identificación de sintomatología de gravedad.
3. Implantación de una plantilla modelo en la Historia Clínica Electrónica, para la solicitud de interconsultas virtuales a Salud Mental desde Atención Primaria, que recoja la información clínica necesaria para la gestión de los casos, asignación de terapeuta y preferencia de la intervención.
4. Distribución de material formativo virtual a los profesionales de Atención primaria en relación al uso racional de psicofármacos ansiolíticos y manejo de antidepresivos.

Se enviará un vídeo explicativo a los Equipos de Atención Primaria, detallando la correcta aplicación de los algoritmos y protocolos diseñados. Desde la USM se responderán vía email aquellas dudas que puedan surgir del funcionamiento y puesta en marcha del proyecto.

INDICADORES

Fuente de datos: Historia Clínica Electrónica del SALUD.

- Proporción semestral de Derivaciones a Salud Mental desde Atención Primaria que cumplen con los criterios establecidos (mín. 20%, máx. 100%).
- Proporción semestral de Interconsultas virtuales a Salud Mental desde Atención Primaria que han aplicado la plantilla modelo (mín. 20%, máx. 100%).
- Proporción semestral de pacientes asumidos en Atención Primaria con apoyo de Psiquiatría como consultor virtual (mín. 20%, máx. 100%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1556

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS DERIVACIONES A SALUD MENTAL DESDE ATENCION PRIMARIA DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

DURACIÓN

El proyecto tendrá una duración aproximada de 12 meses, con inicio en septiembre de 2018 y finalización prevista en septiembre de 2019.

Los responsables de su implantación serán las psiquiatras, psicólogas y enfermera de la USM. Cada actividad se realizará durante todo el periodo temporal que permanezca activo el proyecto, con disponibilidad ilimitada del material distribuido. Se enviarán emails mensuales a los coordinadores de Atención Primaria del sector, recordando la aplicación de los algoritmos y protocolos del proyecto. Cada seis meses se reservarán tres horas dentro del horario laboral, para la evaluación de los resultados por los miembros del Equipo de la USM.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0342

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 10/02/2019

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.
ALBESA BENAVENTE INMACULADA
AGUILAR JULIAN MARTA
FACI OLMOS MIRIAM
LOPEZ ESTERUELAS MARIA REYES
MENDAÑA PEREZ LUCIA PILAR
SALES BUJ ARANTXA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde el Centro de Salud, consideramos que es primordial que los niños de 6º de primaria conozcan cómo actuar ante determinadas situaciones que requieran primeros auxilios.

Al inicio de la Actividad Comunitaria se forma un grupo de trabajo compuesto por médicos y enfermeras de atención continuada del Centro de Salud, se ponen en común las ideas, se consensúan los objetivos y el contenido de la misma.

Se designa un responsable de la actividad, quién se pone en contacto con los equipos directivos de los demás centros educativos de la población, dándoles a conocer dicha Actividad, quienes muestran gran interés incluyéndola dentro del horario lectivo.

Tras la revisión bibliográfica de los contenidos se solicita autorización para el uso divulgativo del material audiovisual utilizado.

Dada la importancia de la práctica en el aprendizaje de las maniobras de RCP es necesario disponer de maniqués, para ello nos concede la utilización de los mismos la responsable de formación del Sector de Alcañiz.

Una vez aceptada la Actividad Comunitaria por todos y de acuerdo con los alumnos matriculados en cada centro, se elabora el calendario de trabajo.

La actividad se realiza en 5 días lectivos en horario de mañanas o tardes según conveniencia del colegio, con una duración aproximada de 2,5h.

Se elabora y adapta el contenido de las sesiones de acuerdo a la edad escolar de los alumnos, intercalando a la presentación de diapositivas, videos explicativos para captar su atención. Además de un test que nos sirve para evaluar los conocimientos previos, los adquiridos con el taller y los fijados tras 2 meses del mismo.

La formación teórica impartida a los niños durante una sesión de 50' se centra en saber "cómo reconocer", "qué hacer" y "qué no hacer" ante:

- Conducta PAS
- Pedida de conocimiento
- Posición lateral de seguridad (PLS)
- Reanimación cardiopulmonar básica
- Atragantamiento (OVACE)
- Convulsiones
- Reacción alérgica
- Dificultad respiratoria
- Hipoglucemias
- Accidente eléctrico
- Ahogamiento
- Epistaxis
- Picadura de insecto
- Cuerpo extraño en el ojo
- Heridas, quemaduras, golpes y traumatismos
- Intoxicaciones
- A qué teléfono llamar

Una vez concluida la teoría, el grupo se divide para realizar la parte práctica de RCP, OVACE, PLS y repaso de los temas tratados mediante la repetición del test para evaluar el aprovechamiento de la actividad.

Posteriormente se contacta con los centros para valorar la satisfacción de la Actividad Comunitaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Una vez terminado el trabajo de campo se analizan estadísticamente los resultados obtenidos.

Alumnos matriculados en 6º de primaria: 207

-Colegio Emilio Diaz: 76 de los cuales realizan la actividad de forma voluntaria 40

-Colegio Juan Lorenzo Palmireno: 25 de los cuales realizan la actividad 24

-Colegio La Inmaculada: 19 de los cuales realizan la actividad 19

-Colegio San Valero: 24 de los cuales realizan la actividad 24

-Colegio Juan Sobrarias: 63 de los cuales realizan la actividad 59

El total fue de 166 asistentes, el 80.2% de los alumnos matriculados.

El test consta de 37 ítems, de los cuales 7 eran para rellenar y el resto tipo test con una sola opción correcta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0342

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

La puntuación media obtenida en los 139 cuestionarios previos a las sesiones fue de 20.61 sobre 37; en cambio en los 166 posteriores al taller la media es de 34.18 respuestas correctas y 2 meses después se recogen 149 test cuya puntuación media es 28.87.

Estudio cuantitativo de intervención comunitaria cuya población a estudio es el total de alumnos matriculados en 6º de primaria en Alcañiz.

Las variables analizadas son:

Colegio: V. cualitativa de 5 categorías

Momento de recogida: V. cualitativa de 3 categorías

Nº de respuestas correctas: V. cuantitativa discreta

Respuestas de los alumnos: V. cualitativa, con la finalidad de detectar errores habituales.

Respuestas evaluadas como correcta/incorrecta: V. cualitativa de 2 categorías

Para la recogida de datos, se elabora un test que consta de 37 items; considerando las respuestas no contestadas o nulas como incorrectas

En base a la no normalidad de la muestra se realizan pruebas no paramétricas (Kruskal-Wallis) para estudiar la relación entre el momento de recogida y el número de respuestas correctas, obteniendo una significación de $p=0.000$.

Se aplican pruebas post hoc obteniendo como resultado de la diferencia de medias:

PRE-Taller= -36,67, PRE-POST= -22,33, Taller-POST= 14,35

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha resultado muy gratificante para los profesionales participantes y ha sido valorada positivamente tanto por los alumnos como por los docentes.

Al acabar el proyecto se ha confirmado que los resultados han sido muy favorables.

En base a los resultados obtenidos se concluye que los alumnos aumentan sus conocimientos tras las sesiones, pero que olvidan parte del contenido con el transcurso del tiempo, por lo que sería interesante repetir la formación periódicamente, además de dejar material gráfico en forma de póster en cada colegio y en el Instituto de Educación Secundaria (Centro formativo al que pasan los alumnos de 6º de primaria) para fijar mejor la información y obtener mejores resultados.

7. OBSERVACIONES.

Dado el interés por parte de los docentes y alumnos de continuar con la actividad; este año 2019 se acudirá de nuevo a los colegios de Alcañiz; cambiarán parte de los integrantes grupo de trabajo puesto que dos compañeras actualmente forman parte de otros centros.

Está previsto modificar aquellos aspectos en los que nos dimos cuenta que se podían mejorar. Como puede ser la elaboración de un poster-resumen para cada centro educativo, para que les pueda servir de consulta en caso de duda.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/342 ===== ***

Nº de registro: 0342

Título
PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

Autores:
CASTELLANO JUSTE ISABEL, ALBESA BENAVENTE IMMACULADA, AGUILAR JULIAN MARTA, FACI OLMOS MIRIAM, LOPEZ ESTERUELAS REYES, MENDAÑA PEREZ LUCIA DEL PILAR, SALES BUJ ARANTXA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Niños

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Primeros auxilios básicos y actuación en urgencias y emergencias (segun resolución 7 nov 2017 del director general de innovación, equidad y participación...

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La actividad nace de una necesidad manifestada por el Colegio Emilio Diaz de Alcañiz, acerca de que los niños de 6º de primaria tengan nociones sobre primeros auxilios.

Se forma un grupo de trabajo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0342

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

Vista la buena acogida, se decide ofrecer la actividad al resto de colegios de la población, que muestran gran interés.

RESULTADOS ESPERADOS

GENERALES:

Proporcionar a los alumnos de 6º primaria conocimientos básico sobre primeros auxilios
Aumentar los recursos y destrezas individuales y grupales en primeros auxilios

ESPECIFICOS:

Fomentar el espíritu de ciudadanía y responsabilidad en la infancia.
Familiarizarlos con las situaciones de los temas tratados para disminuir el temor antes las mismas
Los niños, después de la actividad, sabrán reconocer situaciones sanitarias que se pueden dar en su día a día y sabrán actuar de forma básica
Conocer a quién deben avisar ante una situación de urgencia
Saber llevar el ritmo de las compresiones en caso de RCP

MÉTODO

Realización de test para determinar conocimientos previos
Sesión teórica de lhora
Sesión práctica de lhora (división en grupos para la adquisición de destrezas en RCP, atragantamiento, posición lateral de seguridad y fijar conocimientos)
Al finalizar las 2 horas realizar de nuevo el mismo test para evaluación del aprovechamiento de la actividad.
Antes de la finalización del curso escolar, esta prevista la reevaluacion, con el mismo test, de los conocimiento fijados.
RECURSOS:
Busqueda bilbliografica
Tomenta de ideas
Elaboracion de diapositivas para la sesión teorica
Petición de permisos para exhibición de audiovisuales e imágenes de la presentación
Petición de los maniquies para la realización de la práctica de RCP
Ordenador portatil, altavoz y proyector
Fotocopias de los test
Varias salas de los respectivos colegios para la teoria y prácticas
Division de tareas entre los integrantes del grupo de trabajo

INDICADORES

Entrevista con los centros para la valoración de la satisfaccion al finalizar los talleres.
Cuestionario para valorar los conocimientos previos a la actividad, adquiridos al finalizar la misma y los fijajdos 2 meses después, antes de finalizar el curso escolar.

DURACIÓN

Elaboracion del contenido teorico de la actividad, petición de permisos, puesta en contacto con los colegios, 2 meses
Llevar a cabo la actividad: 5 dias lectivos en horario de mañanas o tardes según conveniencia del colegio (2h y media/día) y disponibilidad de los maniquies

OBSERVACIONES

El título de esta actividad, PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ (modifica al anterior proyecto enviado nº 2018_0096 contrato programa)
Se prevé la continuidad anual de esta actividad.
Dado el interés y necesidad manifestados por los docentes de todos los colegios, se prevé realizar esta misma actividad orientada a los mismos, con caracter bianual.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0342

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 30/01/2020

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.

ALBESA BENAVENTE IMMACULADA
AGUILAR JULIAN MARTA
SALES BUJ ARANTXA
FACI OLMOS MIRIAM
LOPEZ ESTERUELAS MARIA REYES
MENDAÑA PEREZ LUCIA PILAR
PEREZ PORCAR ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los niños de 6º de primaria están capacitados para actuar ante determinadas situaciones que requieren primeros auxilios, por eso desde el centro de salud consideramos que es primordial que reciban formación en dicho campo.

La actividad del primer año sirve como pilotaje para comprobar la acogida en los centros educativos, tanto de los docentes como por parte de los alumnos, así como para ajustar contenidos y herramientas de evaluación y de apoyo.

Del mismo modo que el año anterior, se reúne el grupo de trabajo para dar forma a la actividad y modificar los puntos que se consideran que eran mejorables.

El grupo de trabajo sigue estando compuesto por médicos y enfermeras del centro de salud de Alcañiz aunque algunos de los integrantes se encontraban en ese momento en otros destinos del SALUD, han continuado su colaboración en la actividad comunitaria.

En relación a los contenidos iniciales, se disminuye el volumen de teoría a impartir, centrando la atención en los puntos en los que los niños tienen más capacidad de intervención. Otra modificación es la simplificación del test para ajustarlo al nuevo contenido y evitar las preguntas que por su edad les resultan complejas o ambiguas.

Según los resultados obtenidos el año anterior, especialmente en el postest a los 2 meses de la actividad, se considera importante dejar material gráfico de apoyo en los centros educativos. Por este motivo se elabora un póster resumen que recopila en imágenes y breves descripciones la información impartida. Hacemos mención a la colaboración de Pilar Riquelme (personal del C. S. de Alcañiz) como creadora de los dibujos explicativos del póster.

De nuevo nos ponemos en contacto con los equipos directivos de los centros educativos, que nos acogen mostrando de nuevo gran interés, se concreta el calendario y proporcionamos las hojas para la evaluación previa de los conocimientos de los alumnos.

Una vez concretadas las fechas se solicita la reserva de maniqués para las prácticas.

La actividad se realiza durante 5 días lectivos en horario de mañanas y tardes según preferencias de los centros educativos, con una duración aproximada de 2,5 horas.

Seguimos basando la presentación del contenido teórico en vídeos explicativos intercalados con sencillas diapositivas con el material más significativo.

Esta formación teórica tiene una duración de 30-40 minutos y se centra en saber "cómo reconocer", "qué hacer" y "qué no hacer" ante:

Conducta PAS
Pérdida de conocimiento
Posición lateral de seguridad (PLS)
Reanimación cardiopulmonar básica
Atragantamiento (OVACE)
Convulsiones
Epistaxis
Picadura de insecto
Cuerpo extraño en el ojo
Heridas, quemaduras, golpes y traumatismos
Intoxicaciones
A qué teléfono llamar.

Una vez concluida la teoría, el grupo se divide para realizar la parte práctica de RCP, OVACE, PLS y repaso de los temas tratados mediante la repetición del test para evaluar el aprovechamiento de la actividad.

Posteriormente se contacta con los centros para valorar la satisfacción de la Actividad Comunitaria, siguiendo la dinámica del año anterior.

Se decide no realizar el postest a los 2 meses de la actividad porque los resultados del año anterior

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0342

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

mostraron un evidente descenso de los conocimientos. Juzgamos irrelevante para nuestro proyecto cuantificar este descenso en los meses posteriores, considerándolo desmotivador para los alumnos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Una vez concluidas todas las sesiones se procede al análisis estadístico de los resultados obtenidos. Alumnos matriculados en 6º de primaria en el curso 2018-2019:

- Colegio Emilio Díaz: 87, de los cuales realizan la actividad de forma voluntaria 44
- Colegio Juan Lorenzo Palmireno: 18, de los cuales realizan la actividad 15
- Colegio La Inmaculada: 23, de los cuales realizan la actividad 21
- Colegio San Valero: 19, de los cuales realizan la actividad 20
- Colegio Juan Sobrarias: 62, de los cuales realizan la actividad 60

El total fue de 160 asistentes, lo que supone el 76,55 % de los alumnos matriculados, a diferencia del curso 2017-2018 que fue de 166 asistentes, el 80,20% de los alumnos matriculados.

El nuevo test consta de 10 ítems, de los cuales 1 era para rellenar y el resto tipo test con una sola opción correcta.

La puntuación media obtenida en los 193 cuestionarios previos a las sesiones fue de 7,51 sobre 10; en cambio en los 160 posteriores al taller la nota media es de 9,84.

Se trata de un estudio cuantitativo de intervención comunitaria cuya población a estudio es el total de alumnos matriculados en 6º de primaria en Alcañiz.

Las variables analizadas son:

- Colegio: V. cualitativa de 5 categorías
- Momento de recogida: V. cualitativa de 2 categorías
- Respuestas de los alumnos: V. cualitativa, con la finalidad de detectar errores habituales.
- Respuestas evaluadas como correcta/incorrecta: V. cualitativa de 2 categorías
- Nº de respuestas correctas: V. cuantitativa discreta

La recogida de datos se realiza a través del test anteriormente mencionado, considerando las respuestas no contestadas o nulas como incorrectas.

En base a la no normalidad de la muestra se realizan las pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney) para estudiar la relación entre el momento de recogida y el número de respuestas correctas, obteniendo una significación de $p=0.000$.

Este año no es necesario aplicar las pruebas post hoc como en el año anterior, puesto que se ha suprimido una categoría en la variable momento de recogida.

La medición de la satisfacción se hizo a través de la recogida de las opiniones de los centros educativos, todos ellos coincidieron en que la actividad fue muy gratificante para los alumnos y apropiada para sus aptitudes. Solicitan que se continúe con la actividad siguiendo el mismo método.

Con respecto a los resultados obtenidos, ha sido muy satisfactorio para ambas partes y se confirma que al reducir la materia se fijan mejor los contenidos impartidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al concluir el proyecto se ha confirmado que los resultados han sido muy favorables. Durante los dos años de duración se ha impartido la formación en primeros auxilios a un total de 326 alumnos.

Los alumnos que no pudieron asistir en horario de mañanas fue por motivos de salud y los no asistentes al taller de tarde fue por coincidir el horario del taller con sus actividades extraescolares habituales.

Se ha confirmado con los test que se realizaron antes y después del taller, que los alumnos han adquirido habilidades y destrezas, individuales y grupales, en primeros auxilios, ya que la puntuación del cuestionario, se ha visto incrementada significativamente los dos años.

Los pósteres son muy bien acogidos y se colocan en las zonas de mayor visibilidad de los centros educativos.

Se ha demostrado tanto por resultados evaluados como por la actitud y las destrezas adquiridas durante las prácticas, que les ha sido de utilidad y han adquirido los conocimientos básicos sobre primeros auxilios, del mismo modo que se sienten capacitados para actuar ante las situaciones planteadas sin temor y de forma resolutiva.

Los miembros que colaboraron en impartir el taller, tanto personal de Centro de Salud como de los Médicos Internos Residentes de Alcañiz, valoran la actividad como positiva. Es la primera vez que desde el centro de salud realiza una actividad de este tipo, logrando la implicación de gran parte del personal, tanto asistiendo como docentes al taller, como cubriendo a los profesionales que se desplazaron hasta el centro educativo.

Es necesaria la educación para la salud en los centros educativos para fomentar los buenos hábitos, espíritu de ciudadanía, responsabilidad en la infancia-adolescencia y prevenir actitudes no deseadas, familiarizándolos con situaciones de primeros auxilios.

Estamos en una zona rural con mucha dispersión geográfica y pocos recursos sanitarios, por lo que la instrucción a la población puede resultar de vital importancia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0342

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

Por todo esto consideramos este proyecto muy enriquecedor y que sería importante poderlo repetir en próximos años.

7. OBSERVACIONES.

Dados los resultados obtenidos durante estos dos años y tras la demanda por parte de profesores y alumnos, y la disposición del personal del C.S. de Alcañiz, se prevé la continuidad anual de esta actividad comunitaria, pasando a formar parte de la agenda comunitaria del centro.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/342 ===== ***

Nº de registro: 0342

Título
PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

Autores:
CASTELLANO JUSTE ISABEL, ALBESA BENAVENTE IMMACULADA, AGUILAR JULIAN MARTA, FACI OLMOS MIRIAM, LOPEZ ESTERUELAS REYES, MENDAÑA PEREZ LUCIA DEL PILAR, SALES BUJ ARANTXA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Primeros auxilios básicos y actuación en urgencias y emergencias (segun resolución 7 nov 2017 del director general de innovación, equidad y participación...
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: -----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La actividad nace de una necesidad manifestada por el Colegio Emilio Diaz de Alcañiz, acerca de que los niños de 6º de primaria tengan nociones sobre primeros auxilios.
Se forma un grupo de trabajo.
Vista la buena acogida, se decide ofrecer la actividad al resto de colegios de la población, que muestran gran interés.

RESULTADOS ESPERADOS
GENERALES:
Proporcionar a los alumnos de 6º primaria conocimientos básico sobre primeros auxilios
Aumentar los recursos y destrezas individuales y grupales en primeros auxilios

ESPECIFICOS:
Fomentar el espíritu de ciudadanía y responsabilidad en la infancia.
Familiarizarlos con las situaciones de los temas tratados para disminuir el temor antes las mismas
Los niños, después de la actividad, sabrán reconocer situaciones sanitarias que se pueden dar en su día a día y sabrán actuar de forma básica
Conocer a quién deben avisar ante una situación de urgencia
Saber llevar el ritmo de las compresiones en caso de RCP

MÉTODO
Realización de test para determinar conocimientos previos
Sesión teórica de lhora
Sesión práctica de lhora (división en grupos para la adquisición de destrezas en RCP, atragantamiento, posición lateral de seguridad y fijar conocimientos)
Al finalizar las 2 horas realizar de nuevo el mismo test para evaluación del aprovechamiento de la actividad.
Antes de la finalización del curso escolar, esta prevista la reevaluacion, con el mismo test, de los conocimiento fijados.
RECUSOS:
Busqueda bilbliografica
Tomenta de ideas
Elaboracion de diapositivas para la sesión teorica
Petición de permisos para exhibición de audiovisuales e imágenes de la presentación
Petición de los maniquies para la realización de la práctica de RCP
Ordenador portatil, altavocez y proyector
Fotocopias de los test

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0342

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

Varias salas de los respectivos colegios para la teoría y prácticas
División de tareas entre los integrantes del grupo de trabajo

INDICADORES

Entrevista con los centros para la valoración de la satisfacción al finalizar los talleres.
Cuestionario para valorar los conocimientos previos a la actividad, adquiridos al finalizar la misma y los fijados 2 meses después, antes de finalizar el curso escolar.

DURACIÓN

Elaboración del contenido teórico de la actividad, petición de permisos, puesta en contacto con los colegios, 2 meses
Llevar a cabo la actividad: 5 días lectivos en horario de mañanas o tardes según conveniencia del colegio (2h y media/día) y disponibilidad de los maniquies

OBSERVACIONES

El título de esta actividad, PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ (modifica al anterior proyecto enviado nº 2018_0096 contrato programa)
Se prevé la continuidad anual de esta actividad.
Dado el interés y necesidad manifestados por los docentes de todos los colegios, se prevé realizar esta misma actividad orientada a los mismos, con carácter bianual.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0391

1. TÍTULO

TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN ALTA MONTAÑA

Fecha de entrada: 30/01/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAMARRE MICHELOT
AMESTOY CHIESA MARCELA CECILIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron las actividades dentro del calendario propuesto, dos sesiones en un solo día. El material usado fue documentación escrita y algoritmos con dibujos, para practicar se hace simulaciones donde los pacientes son miembros del equipo. Se realizaron los talleres de RCP, se expusieron las situaciones de urgencia en alta montaña y se revisaron los botiquines de rama.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados en general han sido muy buenos, Todas las dudas planteadas en el taller fueron resueltas. Las personas convocadas fueron 28, acudiendo el 100%. La satisfacción fue del 100% tanto en los conocimientos aprendidos, como en la valoración de los ponentes. Durante todo el campamento hubieron 224 asistencias sanitarias y sólo 9 de ellas fueron trasladadas al consultorio local de Panticosa, por lo que el 96% de las asistencias fueron resueltas por los sanitarios de campamento. Esos 9 pacientes trasladados al consultorio local de Panticosa supusieron el 4% de las asistencias, y consideramos que esto sucedió porque en los últimos 5 días no había médico en campamento. Ninguna asistencia precisó traslado urgente a un Hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestra valoración ha sido muy positiva, con gran implicación de todos los participantes, ya que todos son muy conscientes de las dificultades que hay en alta montaña a la hora de pedir un rescate o asistir una urgencia grave. Muchos de los que hicieron el curso lo han repetido en campamentos anteriores, y nos manifestaron que lo seguirán realizando ya que refrescan conocimientos y les da más seguridad. Los tres implicados en este proyecto opinamos que si seguimos acudiendo anualmente al campamento lo seguiremos realizando.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/391 ===== ***

Nº de registro: 0391

Título
TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN ALTA MONTAÑA

Autores:
TELMO HUESO SIRA, LAMARRE MICHELOT, AMESTOY CHIESA MARCELA CECILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología: RCP Y PRIMEROS AUXILIOS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El inicio de esta actividad surge hace años ante las dudas e inquietudes de los monitores del Grupo Scout 227

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0391

1. TÍTULO

TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN ALTA MONTAÑA

de Alcañiz durante el campamento de verano, el cual dura 2 semanas y en el cual acuden niños y adolescentes. La primera vez que se realizó fue por petición de los monitores de una manera espontánea y sin preparar nada. De allí surgió un taller de RCP y un montón de dudas ante la actuación en las diferentes situaciones que nos podríamos encontrar en la montaña y que finalmente se resolvieron. Cada año realizo este taller durante los primeros días de campamento, les da seguridad y refrescan los conceptos de otros años.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto va dirigido a la rama de compañeros (futuros monitores), a los monitores y a todo el personal de Comité que se encuentra en campamento.

Resultados a obtener: refrescar los conocimientos ya aprendidos, darles seguridad cuando tengan que asistir o pedir ayuda en alta montaña ya que las actuaciones a realizar son muy concretas.

MÉTODO

Se realizan reuniones con sus talleres correspondientes. Se presenta las actualizaciones si las hay ante RCP básica y aunque siempre se prepara bibliografía, terminamos haciendo un gran taller práctico donde se exponen todo tipo de situaciones urgentes que se pueden dar en alta montaña, junto con el taller de RCP.

Se les dan nociones básicas de primeros auxilios en alta montaña.

Repasamos el botiquín mínimo que lleva cada rama en su botiquín y el uso que se le puede dar a todo su contenido. Conocen el material del que disponemos durante el campamento en la enfermería general y del que sólo hacemos uso los médico o el personal autorizado.

INDICADORES

- Dudas resueltas en el taller / total de dudas planteadas
- N° de jóvenes que se benefician del taller/ n° total de jóvenes convocados
- N° total de jóvenes satisfechos con el taller/ n° total de jóvenes que realizaron el taller
- N° total de asistencias sanitarias resueltas en el campamento/ n° total de asistencias sanitarias realizadas
- N° total de asistencias sanitarias que precisaron evacuación del campamento a un centro sanitario/ n° total de asistencias realizadas

DURACIÓN

Cada actividad tiene la duración entre 3.30 a 4 horas, por lo que se realiza una por la mañana y otra por la tarde en grupos no mayores de 14-15 personas y siempre el 2º y/o 3º día de campamento. Este año el campamento es en Panticosa del 15 al 29 de Julio, y será realizada por los tres médicos que figuramos en este proyecto.

OBSERVACIONES

ESTE PROYECTO ANULA O MODIFICA A : PROYECTO 2018_0094

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0414

1. TÍTULO

"DIME LO QUE COMES"

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE ELENA SOLDEVILLA JIMENO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Encuesta nutricional, pasada a todos los alumnos del colegio

Elaboracion de conclusiones para organizar actividades

Organizacion de la semana de los alimentos con actividades adaptadas a cada nivel

Charla con padres y madres sobre La Piramide de los Alimentos y explicar conclusiones de la encuesta alimentaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El profesorado ha observado un cambio en el tipo de almuerzos, mas saludables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Alta satisfacion entre el profesorado por implicacion del alumnado y algunas familias

Queda pendiente volver a pasar la encuesta a las familias y reevaluar

En el curriculum academico continuaran haciendo incapie en habitos saludables tanto en higiene como en alimentacion, con colaboraciones puntuales por mi parte, si lo requieren.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/414 ===== ***

Nº de registro: 0414

Título
"DIME LO QUE COMES ... " DIRIGIDO AL ALUMNADO DEL COLEGIO PUBLICO SAN SEBASTIAN DE CASTELSERAS

Autores:
SOLDEVILLA JIMENO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: sin patologias
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: nutricionales

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

A partir de una encuesta nutricional dirigida al alumnado y sus familias, se detecta exceso en el consumo de productos poco saludables, ademas de excesos y carencias de determinados alimentos

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo del proyecto:

Conocer pormenorizadamente los habitos alimenticios del alumnado del colegio.

Hacer incapie en los diferentes nutrientes

Transmitir conocimientos al alumnado de forma ludica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0414

1. TÍTULO

"DIME LO QUE COMES"

Conocer la nueva piramide de los alimentos
Conocer los productos no saludables
Implicar a las familias en el conocimiento de una alimentación saludable

MÉTODO

Actividades:

Organizar la semana de la alimentación
realizar actividades lúdicas (talleres, canciones...) que hagan conocer los nutrientes y los alimentos que pertenecen a cada grupo
Las actividades serán específicas para cada grupo de edad
Se realizará una actividad con padres y madres el último día de la semana

INDICADORES

Volver a realizar la encuesta,
Observación de cambio en los almuerzos del recreo

DURACIÓN

Todo el curso escolar 2017/2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1133

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA Y OTITIS MEDIA AGUDA EN EL EAP DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 15/02/2019

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.

MARTINEZ ARRIAZU SIXTO
CAMPOS BERNAL ALBA MARIA
LOPEZ ESTERUELAS MARIA REYES
ALBESA BENAVENTE INMACULADA
CALLAU ESCUER JOSE
FACI OLMOS MIRIAM
MENDAÑA PEREZ LUCIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el año 2017, los resultados en los indicadores del uso racional del medicamento en pediatría en el EAP de Alcañiz no alcanzaron el mínimo exigido en el contrato de gestión. Analizando las posibles causas verificamos que muchas veces el registro de los diagnósticos no era el adecuado y por otra parte, sobre todo en el caso de la faringoamigdalitis estreptocócica había un abuso en el uso de combinaciones de amoxicilina con ácido clavulánico y cierto desconocimiento en el uso de las penicilinas y fenoximetilpenicilina en niños.

En el proyecto se trabajó en conjunto con los compañeros de Atención Continuada, que son los que muchas veces valoran por primera vez a estos pacientes. Se elaboró por parte del equipo de pediatría unos protocolos con los antibióticos de elección en el caso de otitis media aguda y de faringoamigdalitis estreptocócica (según la guía de la Asociación Española de Pediatría) que se dejaron en cada uno de las consultas del servicio de urgencias, para estar a disposición de los compañeros que realizan Atención Continuada. (En horario de mañana los niños son siempre valorados por pediatría). Se presentó el proyecto en reunión de equipo, se hicieron sesiones clínicas donde se destacaron aspectos sobre el diagnóstico clínico y su registro en OMI, sobre la realización del Estreptotest y sobre el tratamiento. Se dieron indicaciones claras de derivación a consulta de pediatría en horario de mañana de niños con diagnóstico dudoso con fiebre de pocas horas de evolución. Para casos de diagnóstico muy claro, se podían consultar con facilidad los protocolos de antibióticos de elección, con la pauta según peso.

Se ha ido insistiendo periódicamente en la mejoría progresiva de los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En enero de 2017 el % de prescripciones en pacientes pediátricos con faringoamigdalitis aguda con antibióticos de primera elección (penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina era del 55,82%. En enero de 2018 este porcentaje era del 69,76%. En diciembre de 2018 este porcentaje era del 84,69%. Desde el inicio de la intervención se ha mejorado en un 28,87%.

En enero de 2017 el % de prescripciones en pacientes pediátricos con OMA con antibióticos de primera elección (amoxicilina /ácido clavulánico) era de 76,06%. En enero de 2018 se llegó al 81,17%. En diciembre de 2018 se alcanzó el 84,50%. Desde la instauración de la mejora se ha incrementado en aproximadamente un 8,44% .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo en equipo es fundamental. Aunque ya hacía tiempo que éramos conscientes que los indicadores de uso racional de antibióticos en pediatría no eran adecuados, realmente tampoco nunca nos sentamos con todas las partes implicadas para ver en que se podía realmente mejorar.

Con pautas muy sencillas, discutidas entre todas las partes implicadas, de errores en el registro de los diagnósticos, de la dificultad de los compañeros que hacen Atención Continuada en el seguimiento de los pacientes pediátricos con fiebre, facilitando la posibilidad de control por pediatría en las 24 horas siguientes, y dejando pautas claras de cómo usar antibióticos de uso menos frecuente como la penicilina V y la fenoximetilpenicilina en pacientes pediátricos hemos conseguido, por un lado mejorar los resultados de nuestros indicadores, y por ende mejorar nuestra actividad clínica.

7. OBSERVACIONES.

Las primeras acciones de este proyecto de mejora, comenzaron a realizarse a finales de 2017, pero los resultados no fueron valorables porque estos indicadores al ser anuales, la mejoría evidenciada en 6 meses es ampliamente influenciada por los resultados obtenidos en los meses anteriores.

Los proyectos de mejora en que se pretende mejoría en los indicadores del contrato de gestión se tienen que valorar a más largo plazo. Las mejoras en los indicadores que son anuales, solamente se pueden valorar cuando se dejan de lastrar los resultados del ejercicio anterior en que la mejora aún no ha sido instaurada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1133

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA Y OTITIS MEDIA AGUDA EN EL EAP DE ALCAÑIZ

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1133 ===== ***

Nº de registro: 1133

Título
MEJORA EN EL USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA Y OTITIS MEDIA AGUDA EN PEDIATRIA EN EL EAP ALCAÑIZ

Autores:
GAN GARGALLO CARMEN, CAMPOS BERNAL ALBA, MARTINEZ ARRIAZU SIXTO, LOPEZ ESTERUELAS REYES, ALBESA BENAVENTE INMACULADA, FACI OLMOS MIRIAM, CALLAU ESCUER JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: OTITIS MEDIA AGUDA, FARINGOAMIGDALITIS AGUDA
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los resultados obtenidos en el año 2017 en los indicadores de uso racional del medicamento en pediatría en el EAP de Alcañiz [uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica aguda (FAA) y uso de antibióticos en otitis media aguda (OMA)] no alcanzaron el mínimo exigido en el contrato de gestión.
Analizando los motivos que pueden favorecer el incumplimiento, detectamos que:
- Los diagnósticos que indican los facultativos no siempre son correctos para esta patologías, ya que se utilizan indistintamente para la FAA diagnósticos tipo Faringitis/amigdalitis estreptocócica, amigdalitis aguda, infección ... Esto hace que la extracción de datos sea incorrecta y que para poder analizar realmente el uso de antibióticos, debamos analizar todos los diagnósticos/tratamientos que llevan asociados antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS
Adecuar la prescripción de antibióticos en FAA y OMA en pediatría en el EAP de Alcañiz, de acuerdo a lo indicado en el cuadro de mandos de farmacia para ambos indicadores en diciembre 2018.

MÉTODO
Presentación del proyecto al EAP de Alcañiz en reunión de equipo. Primer semestre 2018.
Formación:
Instrucción técnica a los médicos de familia del EAP, con especial incidencia en los médicos de atención continuada indicando que en caso de fiebre de pocas horas de evolución, sin diagnóstico claro, no se inicie tratamiento antibiótico, citando al paciente en la agenda de pediatría de OMI-AP del día siguiente. En caso de precisar antibióticos en la mencionada instrucción se indicarán los antibióticos que son de primera elección según patología y a qué dosis, para evitar, en la medida de lo posible, el uso de cefalosporinas y macrólidos. En el caso de la FAA y de la OMA, esta información está en el cuadro de mandos de farmacia. Junio - julio 2018.
Selección diagnóstico correcto en OMI-AP.
Uso del streptotest en FAA al personal sanitario.
Trimestralmente se informará al equipo sobre el resultado obtenido en ambos indicadores, tal y como viene descrito en el contrato de gestión. En caso necesario, se plantearán junto con la farmacéutica de atención primaria acciones de mejora.
Elaboración de hojas informativas para los padres sobre la importancia del control de la fiebre en el domicilio, explicando los signos de alarma en la fiebre, e informando de que, en ausencia de signos de alarma, lo ideal es acudir al día siguiente a la consulta del pediatra.

INDICADORES
a. Uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica aguda.
% prescripciones en pacientes pediátricos con FAA con antibióticos de primera elección (penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina).
b. Uso de antibióticos en Otitis media aguda.
% prescripciones en pacientes pediátricos con OMA con antibióticos de primera elección (amoxicilina y amoxicilina/ácido clavuláni

DURACIÓN
Primer semestre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1133

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA Y OTITIS MEDIA AGUDA EN EL EAP DE ALCAÑIZ

Elaborar hojas informativas
Formación
Trimestralmente se comunicarán al equipo los resultados de ambos indicadores (FAA y OMA)
Enero 2019
Análisis de los resultados obtenidos en ambos indicadores.
Elaboración de la memoria 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 - 2018/1137

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EXPLORACION Y REGISTRO DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 10/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTELLANO JUSTE ISABEL
LAHUERTA ESCOLANO MARIA ANGEL
NAYA PUERTO SHEILA MARIA
SALES BUJ ARANTXA
SENDER ALEGRE LAURA
SOLDEVILLA JIMENO ELENA
SORRIBAS MARTI MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mayo: Constitución del grupo de trabajo con elección del responsable. Se establecen las estrategias de trabajo.

Junio: Análisis de los datos actuales de Revisión del pie diabético correspondientes al Centro de Salud de Alcañiz, a través de los datos del cuadro de mandos de diabetes del coordinador. Reunión con el personal de enfermería del centro para exponer los resultados del año anterior, los datos de partida y las acciones de mejora. Se enseña a todo aquel interesado que en ese momento lo desconocía cómo sacar los listados de su cupo a través del cuadro de mandos de diabetes, además de como interpretar los diagramas del mismo.

Se dota de monofilamento a todo aquel compañero que carecía de él o lo tenía en mal estado.

Julio: Sesión clínica del "Pie diabético, exploración y registro" impartida por José María Turón. Se realiza una reunión con los sustitutos de enfermería del verano para explicarles la metodología de la exploración del pie del paciente diabético y el adecuado registro del mismo en OMI-AP, para garantizar la adecuada continuidad del proyecto.

Octubre: Evaluación de los datos parciales, se realiza un nuevo corte a través del cuadro de mandos de diabetes del coordinador.

Reunión con el personal de enfermería del Centro para exponer los datos de ese momento y la evolución del proyecto.

Enero 2019: Se obtienen los datos finales para la memoria, tanto por ciento de pacientes diabéticos a los que se les ha revisado el pie durante el 2018 pertenecientes al Centro de Salud de Alcañiz, al Sector del Alcañiz y a la totalidad de Aragón, datos obtenidos a través del Cuadro de mandos del coordinador. Reunión de los miembros del grupo de trabajo para evaluación del Proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Revisión del pie diabético:

Fuente de datos: OMI-AP; Cuadro de mandos de diabetes.

Revisión "pie diabético" en junio 2018: 47,20%

Revisión "pie diabético" en octubre 2018: 52,92%

Revisión "pie diabético" en enero 2019: 55,02%

Mejora relativa % alcanzado: 7,82%

Quedando un 3% por encima del conjunto del Sector Alcañiz 52%, y un 20% por encima de la media del conjunto de Aragón 35%

- En todas las sesiones/reuniones ha asistido el 80% del equipo de enfermería del Centro, con lo que se ha mejorado la formación en la atención al pie diabético en la consulta de enfermería.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El objetivo del proyecto ha sido potenciar la formación y realización de actividades en el manejo práctico del pie diabético, con resultados positivos.

También se ha intentado concienciar al paciente diabético de la importancia del cuidado de sus pies y de acudir al podólogo. En los casos de Riesgo Alto se han derivado a la consulta de cirugía del Pie Diabético del Hospital de Alcañiz, para valoración, tratamiento y seguimiento.

Así mismo, a través de la búsqueda activa de pacientes diabéticos mediante los listados del cuadro de mandos se les ha concienciado de la importancia de acudir a la consulta de enfermería para mejorar el control de su patología.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1137

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EXPLORACION Y REGISTRO DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1137 ===== ***

Nº de registro: 1137

Título
MEJORA DE LA EXPLORACION Y REGISTRO DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Autores:
AGUILAR JULIAN MARTA, CASTELLANO JUSTE ISABEL, LAHUERTA ESCOLANO MARIA ANGEL, NAYA PUERTO SHEILA, SALES BUJ ARANTXA, SENDER ALEGRE LAURA, SOLDEVILLA JIMENO ELENA, SORRIBAS MARTI MIRIAM

Centro de Trabajo del Coordinador: CS 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
Los registros del pie diabético, en la consulta de enfermería del paciente diabético adulto (mayor de 14 años) del CS Alcañiz del año 2017 han presentado un resultado inferior al resto del sector. Dado el peso que tiene el CS Alcañiz en dicho Sector se considera necesario mejorar la exploración y registro de los datos.

RESULTADOS ESPERADOS
GENERAL:
Mejorar la cobertura del indicador de la Revisión de Pie Diabético.
ESPECIFICOS:
Detectar los errores de registro para poder subsanarlos.
Revisar la metodología de la exploración del Pie Diabético.
Concienciar a los pacientes diabéticos de la importancia del cuidado de sus pies, fomentado el cumplimiento de las revisiones.

MÉTODO
- Constitución del grupo de trabajo con elección de responsable.
- Presentación de los resultados del año anterior y acciones de mejora al equipo de enfermería.
- Sesiones clínicas sobre exploración y registro.
- Necesidad de implicar al equipo de enfermería en optimizar el tiempo de la consulta del paciente diabético.
- Evaluación trimestral del indicador a partir de los datos del cuadro de mandos.
- Análisis del indicador que esté por debajo del estándar y propuesta de mejora.
- Reunión trimestral para la exposición de los resultados obtenidos.

INDICADORES
Objetivo estratégico del indicador: revisión del pie diabético.

DURACIÓN
Mayo: Reunión del grupo de trabajo para establecer la estrategia de trabajo.
Junio: Análisis de los datos actuales del CS Alcañiz.
Reunión con el personal de enfermería del centro para exponer los datos de partida
Sesión clínica del pie diabético. Exploración y registro (I)
Julio: Reunión con los sustitutos de enfermería del verano para garantizar la continuidad del proyecto.
Octubre: Reunión con el personal de enfermería del centro para comentar la evolución del proyecto.
Evaluación de los resultados parciales.
Noviembre: Sesión clínica del pie diabético. Exploración y registro (II)
Enero 2019: Evaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1137

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EXPLORACION Y REGISTRO DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

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 - 2018/1470

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ESTEFANIA CLAVER ESCANILLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TOMAS GUTIERREZ JOSE FERNANDO
CHUMILLAS LIDON RAQUEL
BABOUZID SALEH MOULAY HOUCINE
CANTIN VAZQUEZ JOSE RAMON
FACI OLMOS MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Test para comprobar los conocimientos pre-teoría de los asistentes.
Sesiones teóricas con presentación de audiovisuales en las que se explica la activación de la cadena de supervivencia, el uso del DESA y la realización de los primeros auxilios.
Se realizan prácticas con los muñecos y con el simulador del DESA, simulando posibles casos debiendo realizar los participantes las maniobras pertinentes en cada simulación, maniobra Heimlich, RCP, uso del DESA
Test post teoría para comprobar los conocimientos adquiridos
Test de satisfacción escala Likert 1-5 (organización, condiciones sala, duración y horario, conocimientos adquiridos, evaluación global y de los docentes)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hubo una mejora significativa en cuanto a los conocimientos post-teoría, el 92% de las respuestas fueron correctas con respecto al 60% de los resultados del pre-test.
Las dudas planteadas fueron resueltas durante la sesión.
Vieron la importancia de que una actuación rápida de la RCP y el uso del DESA puede salvar vidas y puede estar en sus manos.
Hubo una gran satisfacción por parte de los asistentes, nota escala Likert 5 por parte del 100% de los asistentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dada la gran implicación, la valoración positiva por parte de los asistentes y como el problema de las distancias rurales al centro de referencia seguirán existiendo, seguiremos haciéndolo de forma anual para continuar afianzando conocimientos. Este año aumentaremos las zonas rurales para la actividad.

7. OBSERVACIONES.

Problema: Se detectó que no todo el mundo tiene acceso al DESA, ya que no está en un lugar accesible para la población sino que está bajo llave, se habló con los Ayuntamientos de Valmuel y Puigmoreno para que se colocase el DESA en una zona de acceso rápido, seguro y para toda la población.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1470 ===== ***

Nº de registro: 1470

Título
PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL

Autores:
CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA, TOMAS GUTIERREZ FERNANDO, CHUMILLAS LIDON RAQUEL, BABOUZID SALEH MOULAY HOUCINE, CANTIN VAZQUEZ JOSE RAMON, FACI OLMOS MIRIAM

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 .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1470

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL

PROBLEMA

EN UNA ZONA RURAL CON DISTANCIA AL CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA SE PERCIBE UNA NECESIDAD POR PARTE DE LA POBLACIÓN, PARA ADQUIRIR UNOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA YA QUE EN DICHAS LOCALIDADES HAY UN DESA CUYA POBLACIÓN NO TIENE INFORMACIÓN DE SU USO.
LOS PRIMEROS MINUTOS ANTE UNA PCR SON VITALES POR LO QUE ES ESENCIAL LA EDUCACIÓN DEL CIUDADANO PARA ACTIVAR LA CADENA DE SUPERVIVENCIA Y DE ESTA FORMA REDUCIR EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE, LA MUERTE DE UNO DE LOS CIUDADANOS EN CASO DE PCR AL NO SABER COMENZAR CON LA RCP BÁSICA Y EL USO DEL DESA YA QUE HASTA QUE LLEGUEN LOS SERVICIOS SANITARIOS EL TIEMPO DE RCP PRECOZ ES FUNDAMENTAL

RESULTADOS ESPERADOS

FORMACIÓN Y ADQUISICIÓN DE HABILIDADES ANTE SITUACIONES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.
CONCIENCIACIÓN A LA POBLACIÓN EN GENERAL DE LA IMPORTANCIA DE LA CORRECTA DETECCIÓN DE LA PCR Y REALIZACIÓN DE LA RCP Y DESFIBRILACIÓN PRECOZ
ADEMÁS SE PRETENDEN AUMENTAR LAS DESTREZAS PARA ACTUAR EN PRIMEROS AUXILIOS COMO QUEMADURAS, GOLPES, PICADURAS, HERIDAS, ATRAGANTAMIENTOS... BASANDONOS EN MÉTODOS MÉDICO-CIENTÍFICOS Y NO EN CREENCIAS.

MÉTODO

SE REALIZARÁN SESIONES TEÓRICAS CON PRESENTACIÓN DE AUDIOVISUALES EN LAS QUE SE EXPLICARÁ LA ACTIVACIÓN DE LA CADENA DE SUPERVIVENCIA, EL USO DEL DESA Y CÓMO REALIZAR PRIMEROS AUXILIOS.
SE REALIZARÁN TEST PARA COMPROBAR LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICOS ADQUIRIDOS.
SE REALIZARAN PRÁCTICAS CON LOS MUÑECOS, SIMULANDO POSIBLES CASOS, DEBIENDO DE REALIZAR LAS MANIOBRAS PERTINENTES PARA CADA SIMULACIÓN, MANIOBRA DE HEIMLICH, RCP, USO DEL DESA.

INDICADORES

SE COMPARARÁN LOS RESULTADOS DE LOS TEST PREVIO A LOS TALLERES CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS TRAS REALIZAR LAS DISTINTAS ACTIVIDADES.
SE PASARÁN ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

DURACIÓN

A LO LARGO DEL AÑO 2018, SEGÚN LA DISPONIBILIDAD DE LOS HABITANTES DE LAS POBLACIONES.
UNA SESIÓN SE REALIZARÍA EN VERANO COINCIDIENDO CON LA SEMANA CULTURAL, EL AUMENTO DE POBLACIÓN VACACIONAL Y TENER ASÍ CONOCIMIENTOS NO SOLO LOS HABITANTES HABITUALES Y OTRA SESIÓN EN NOVIEMBRE UNA VEZ ACABADA LA CAMPAÑA DE RECOGIDA DE FRUTA YA QUE LA MAYORÍA DE LA POBLACIÓN SE DEDICA A ESTE SECTOR Y NO PODRÍA ACUDIR A DICHOS TALLERES.
SE REALIZARÁ DE FORMA ANUAL YA QUE ASÍ NOS LO HAN TRANSMITIDO LOS PROPIOS CIUDADANOS.

OBSERVACIONES

MODIFICA EL PROYECTO: 2018_0097 PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1470

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ESTEFANIA CLAVER ESCANILLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TOMAS GUTIERREZ JOSE FERNANDO
CANTIN VAZQUEZ JOSE RAMON
FACI OLMOS MIRIAM
LAHUERTA ESCOLANO MARIA ANGEL
NAYA PUERTO SHEILA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha contactado con los alcaldes y las comunidades de vecinos de las zonas rurales que pertenecen al Centro de Salud de Alcañiz, Valmuel, Puigmoreno y Valdealgorfa y se concretó la fecha y la hora de las actividades. Algunas de ellas haciendo coincidir como acto de la semana cultural como en Valmuel para que hubiese el máximo número de participantes posible. 28 asistentes en Valmuel.
En Puigmoreno fue una tarde de verano una vez que las personas habían acabado con su jornada laboral en el campo para que pudiese estar gente de mediana edad. 31 asistentes.
En el caso de Valdealgorfa, se hizo coincidir en horario de medio día porque era cuando más disponibilidad había. 34 participantes.
En las tres poblaciones se realizaron las mismas actividades y aunque sólo varió el horario de comienzo del taller la duración del mismo fue igual para todas las poblaciones, 2h, 30 min en total de teórico-práctico. Primeramente se pasaron test con 4 posibles respuestas, siendo sólo 1 válida para comprobar los conocimientos pre-teoría de los asistentes.
Se realizaron sesiones teóricas con presentaciones de audiovisuales, power point y vídeos en las que se explicaba la activación de la cadena de supervivencia, el uso del DESA y la realización de los primeros auxilios, Maniobra Heimlich, PSL, RCP...
Se explicaron las maniobras con los muñecos poniéndose en diferentes grupos de 6 personas, para poder verlo con facilidad y luego se pusieron en práctica con dichos muñecos
Se simularon distintos casos prácticos donde los asistentes tenían que actuar de forma práctica con los muñecos, el DESA y los distintos dispositivos que había en la escena.
Se realizó un test post con las mismas preguntas que el pre test en distintos órdenes para comprobar los conocimientos adquiridos tras la sesión.
Por último se pasó un test de satisfacción escala Likert (1-5) teniendo que valorar: organización de la actividad, condiciones de la sala, duración y horario, conocimientos adquiridos, evaluación global y de cada uno de los docentes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hubo una mejoría significativa en cuanto a los conocimientos post teoría.
En Valmuel y Puigmoreno no hubo tanta diferencia en los test pre y post ya que dicha actividad se realizó el año pasado y el 75% de los asistentes eran los mismos que el año anterior, por lo que se han afianzado conocimientos y se ha comprobado que resultó útil el año pasado.
Los resultados del año pasado fueron: Respuestas correctas pre test: 60%, respuestas correctas post test: 92% de respuestas correctas.
Este año: Respuestas correctas pre test 84%, respuestas correctas post test 94%
Total de participantes: 28 en Valmuel y 31 en Puigmoreno (2 de los cuales no pasaron ningún test debido a las dificultades de lectura y comprensión por su avanzada edad)
En caso de Valdealgorfa los resultados pre y post test si que hubo mayor diferencia ya que era la primera vez que realizaban dicha actividad. Resultados correctos pre test 50%, post test 84%.
Total de participantes 34, de los cuales 3 tampoco sólo estuvieron de oyentes sin pasar los test y otros 3 de los participantes eran guardia civiles del cuartel del pueblo.
A lo largo de las explicaciones teóricas la participación fue activa ya que iban planteando dudas que les fueron resueltas en ese momento.
En las 3 poblaciones las encuestas de satisfacción fueron de 5/5.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En las 3 poblaciones se reconoció por parte de los ciudadanos la importancia de que una actuación rápida y con los conocimientos básicos pueden salvar la vida a cualquier vecino.
En el caso de Valdealgorfa los parches del desfibrilador llevaban un tiempo caducados, tras reconocer la importancia de tener el desfibrilador de forma óptima solucionaron el problema, actualizaron el software, pusieron parches nuevos. El mantenimiento corre a cargo de los ayuntamientos de cada una de las poblaciones.
En caso de Valmuel y Puigmoreno tras la actividad del año pasado ya actualizaron el desfibrilador pero no estaba de forma accesible, ya que estaba bajo llave .
Tras esta segunda actuación en verano el desfibrilador se colocó en la piscina ya que es el lugar donde mayor concentración de población hay.
Tras el verano han colocado el desfibrilador en urna en la plaza mayor y está pendiente que se reconozca y se registre como punto de DESA de la comunidad de Aragón, teniendo accesibilidad a toda la población, con todo lo necesario para una actuación en caso de urgencia.
Por tanto se concluye que tras cada una de las actividades realizadas en la población rural la población se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1470

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL

ha concienciado y ha puesto todos los medios para que en caso de PCR la actuación sea lo más precoz posible. Así mismo, tras la formación de los cursos, los ayuntamientos ven la necesidad de colocar los desfibriladores de forma accesible, actualizar su mantenimiento, así como mantener formada a la población. De tal forma que esta actividad se quiere extrapolar al resto de las zonas rurales y realizarla de forma anual para seguir afianzando conocimientos, que habitantes nuevos accedan y reconozcan la importancia del manejo del DESA, y se coloquen dichos DESAs de forma correcta y con la posibilidad de acceso como en el caso de Valmuel y Puigmoreno

7. OBSERVACIONES.

Se da por finalizado este proyecto pero continuará como actividad anual agregándolo a las actividades del centro de salud de Alcañiz

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1470 ===== ***

Nº de registro: 1470

Título
PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL

Autores:
CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA, TOMAS GUTIERREZ FERNANDO, CHUMILLAS LIDON RAQUEL, BABOUZID SALEH MOULAY HOUCINE, CANTIN VAZQUEZ JOSE RAMON, FACI OLMOS MIRIAM

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 .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EN UNA ZONA RURAL CON DISTANCIA AL CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA SE PERCIBE UNA NECESIDAD POR PARTE DE LA POBLACIÓN, PARA ADQUIRIR UNOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA YA QUE EN DICHAS LOCALIDADES HAY UN DESA CUYA POBLACIÓN NO TIENE INFORMACIÓN DE SU USO.
LOS PRIMEROS MINUTOS ANTE UNA PCR SON VITALES POR LO QUE ES ESENCIAL LA EDUCACIÓN DEL CIUDADANO PARA ACTIVAR LA CADENA DE SUPERVIVENCIA Y DE ESTA FORMA REDUCIR EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE, LA MUERTE DE UNO DE LOS CIUDADANOS EN CASO DE PCR AL NO SABER COMENZAR CON LA RCP BÁSICA Y EL USO DEL DESA YA QUE HASTA QUE LLEGUEN LOS SERVICIOS SANITARIOS EL TIEMPO DE RCP PRECOZ ES FUNDAMENTAL

RESULTADOS ESPERADOS
FORMACIÓN Y ADQUISICIÓN DE HABILIDADES ANTE SITUACIONES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.
CONCIENCIACIÓN A LA POBLACIÓN EN GENERAL DE LA IMPORTANCIA DE LA CORRECTA DETECCIÓN DE LA PCR Y REALIZACIÓN DE LA RCP Y DESFIBRILACIÓN PRECOZ
ADEMÁS SE PRETENDEN AUMENTAR LAS DESTREZAS PARA ACTUAR EN PRIMEROS AUXILIOS COMO QUEMADURAS, GOLPES, PICADURAS, HERIDAS, ATRAGANTAMIENTOS... BASANDONOS EN MÉTODOS MÉDICO-CIENTÍFICOS Y NO EN CREENCIAS.

MÉTODO
SE REALIZARÁN SESIONES TEÓRICAS CON PRESENTACIÓN DE AUDIOVISUALES EN LAS QUE SE EXPLICARÁ LA ACTIVACIÓN DE LA CADENA DE SUPERVIVENCIA, EL USO DEL DESA Y CÓMO REALIZAR PRIMEROS AUXILIOS.
SE REALIZARÁN TEST PARA COMPROBAR LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICOS ADQUIRIDOS.
SE REALIZARÁN PRÁCTICAS CON LOS MUÑECOS, SIMULANDO POSIBLES CASOS, DEBIENDO DE REALIZAR LAS MANIOBRAS PERTINENTES PARA CADA SIMULACIÓN, MANIOBRA DE HEIMLICH, RCP, USO DEL DESA.

INDICADORES
SE COMPARARÁN LOS RESULTADOS DE LOS TEST PREVIO A LOS TALLERES CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS TRAS REALIZAR LAS DISTINTAS ACTIVIDADES.
SE PASARÁN ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

DURACIÓN
A LO LARGO DEL AÑO 2018, SEGÚN LA DISPONIBILIDAD DE LOS HABITANTES DE LAS POBLACIONES.
UNA SESIÓN SE REALIZARÍA EN VERANO COINCIDIENDO CON LA SEMANA CULTURAL, EL AUMENTO DE POBLACIÓN VACACIONAL Y TENER ASÍ CONOCIMIENTOS NO SOLO LOS HABITANTES HABITUALES Y OTRA SESIÓN EN NOVIEMBRE UNA VEZ ACABADA LA CAMPAÑA DE RECOGIDA DE FRUTA YA QUE LA MAYORÍA DE LA POBLACIÓN SE DEDICA A ESTE SECTOR Y NO PODRÍA ACUDIR A

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1470

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL

DICHOS TALLERES.

SE REALIZARÁ DE FORMA ANUAL YA QUE ASÍ NOS LO HAN TRANSMITIDO LOS PROPIOS CIUDADANOS.

OBSERVACIONES

MODIFICA EL PROYECTO: 2018_0097 PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1059

1. TÍTULO

COMUNICACION UNIFICADA DE RESULTADOS DE CITOLOGIAS PARA MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE CARMEN HURTADO LOPEZ
· Profesión MATRONA
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VICENTE PEREZ CARMEN MARIA
SERNA GARCIA CARMEN
CALAVIA CONTRERAS MERCEDES
REPOLLES PERALTA PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras las reuniones de consenso con la Dirección de Atención Primaria en Mayo de 2018, el 83% de las matronas del Sector de Alcañiz comenzaron con este proyecto de mejora en la eficiencia del programa de Cribado del Cáncer de cérvix.

El 83% de las matronas del Sector, desde el mes de Junio de 2018, han tomado las muestras para el Cribado del Cáncer de cérvix en Atención Primaria, en una consulta de acto único.

Los resultados normales de dicho cribado han sido comunicados a las pacientes por correo ordinario, evitando así volver a citar a la paciente y liberando citas presenciales de las agendas.

Cada matrona revisó los resultados pendientes semanalmente en la Historia Clínica Electrónica, los registró en OMI, imprimió y firmó el modelo de carta de OMI personalizada con los datos de la paciente y finalmente los envió por correo ordinario junto a la cartilla rosa cumplimentada.

Los resultados patológicos del cribado, por el contrario, han sido informados a las pacientes de forma presencial e individualizada por parte de las matronas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS OBTENIDOS:

ALCAÑIZ 400 cribados (387 normales, 13 patológicos y 7 derivaciones a Ginecología)

HIJAR 60 cribados (57 normales, 3 patológicos y 3 derivaciones a Ginecología)

CALANDA 77 cribados (75 normales, 2 patológicos y 0 derivaciones a Ginecología)

ANDORRA 194 cribados (186 normales, 8 patológicos y 6 derivaciones a Ginecología)

MUNIESA 10 cribados (10 normales, 0 patológicos y 0 derivaciones a Ginecología)

CASPE 215 cribados (199 normales, 16 patológicos y 6 derivaciones a Ginecología)

MAELLA 22 cribados (20 normales, 2 patológicos y 0 derivaciones a Ginecología)

CANTAVIEJA 23 cribados (22 normales, 1 patológicos y 1 derivaciones a Ginecología)

MÁS DE LAS MATAS 156 cribados (154 normales, 2 patológicos y 0 derivaciones a Ginecología)

ALCORISA 83 cribados (80 normales, 3 patológicos y 3 derivaciones a Ginecología)

En todo el Sector se han realizado un total de 1.240 cribados de los cuales: 1.190 (95,96%) han sido resultados dentro de la normalidad, 46 (4,03%) han sido resultados patológicos, y se han realizado un total de 26 derivaciones al servicio de Ginecología del Hospital de Alcañiz.

El cómputo de los resultados ha sido recabado por cada matrona gracias al registro individual de los cribados.

Según los datos recogidos se ha cumplido con el estándar de calidad marcado pues se ha informado de los resultados normales en un porcentaje mayor al 95%.

Otro estándar de calidad marcado fue la satisfacción de nuestra población diana. Para ello durante el mes de febrero (adelantado al calendario establecido) se ha realizado una encuesta telefónica al azar compuesta de dos ítems:

1. ¿Ha recibido correctamente el resultado de su cribado?

2. ¿Podría calificar el servicio de 0 a 10?

Cada matrona llamó a 10 pacientes de cada centro de salud, elegidas al azar.

El 100% de las pacientes encuestadas habían recibido correctamente su resultado y la valoración del servicio lo calificaron con una media de 9 sobre 10.

A través de dicha encuesta las pacientes han hecho mención a la mejora del servicio por la atención recibida por parte de las matronas y del fácil acceso a través de atención primaria, sobre todo en los centros rurales, donde la paciente resalta la comodidad de no tener que desplazarse hasta Alcañiz para realizar el cribado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A la vista de los resultados, se ha cumplido el objetivo del proyecto que consistía en mejorar la eficiencia del programa de Cribado de Cáncer de cérvix a través de la implantación de una consulta de acto único. Por lo que seguirá siendo el modo de trabajar en los centros de salud del sector por parte de las matronas.

Otro dato destacable es la baja tasa de derivaciones al servicio de Ginecología, 2,09% de todo el cribaje realizado, lo que revierte en menor lista de espera en las agendas de este servicio especializado.

El equipo de matronas del sector se encuentra satisfecho con los resultados alcanzados, aunque no es el equipo al completo el que ha intervenido en el proyecto, lo que hace que pacientes de la zona de Valderrobres y Calaceite no cuenten con la comodidad de este servicio. Este sería el único problema a solucionar en un futuro.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1059

1. TÍTULO

COMUNICACION UNIFICADA DE RESULTADOS DE CITOLOGIAS PARA MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ALCAÑIZ

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1059 ===== ***

Nº de registro: 1059

Título
COMUNICACION UNIFICADA DE RESULTADOS DE CITOLOGIAS PARA MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ALCAÑIZ

Autores:
HURTADO LOPEZ CARMEN, VICENTE PEREZ CARMEN MARIA, SERNA GARCIA CARMEN, CALAVIA CONTRERAS MERCEDES, REPOLLES PERALTA PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cribado Cáncer de cervix
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Reducción de tiempos de consulta

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Recientemente el Cribado del cáncer de cérvix en Aragón ha pasado a formar parte de la cartera de servicios de Atención Primaria de la mano de las matronas. Estas profesionales serán las encargadas de tomar las muestras y comunicar los resultados a las pacientes. Seguirán el control de todos aquellos casos normales y derivarán lo patológico al servicio de Ginecología.
Dado la carga de trabajo que ello va a suponer para dichos profesionales, se hace necesario la creación de un método de comunicación de resultados más eficiente y unificado para todo el sector de Alcañiz.
Hasta el momento, cada matrona lo hacía como creía conveniente sin establecer consenso entre todos los profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es mejorar la eficiencia del programa de cribado de cáncer de cérvix mediante la implantación de una consulta de acto único. Nuestra población diana son las mujeres de entre 25 y 65 años residentes en Alcañiz. El proyecto será puesto en marcha en los centros de Atención Primaria del Sector de Alcañiz.

MÉTODO
Para hacer posible que todo se realice en una sola consulta y evitar duplicidad de citas, siendo más eficientes y efectivos, comunicaremos por correo ordinario los resultados que entren dentro de la normalidad.
La comunicación de los resultados considerados patológicos será realizada siempre a través de una nueva consulta con la matrona, dónde esta informará a la paciente de los pasos a seguir y de la derivación al Servicio de Ginecología.
Imprimiremos el modelo de carta que aparece en la aplicación OMI personalizada con el nombre de la paciente y firmada por cada matrona, donde se informará de forma clara y comprensible del resultado de la citología y del próximo control. Esta carta será enviada a la paciente por correo ordinario junto con su cartilla rosa cumplimentada.
Cada matrona revisará semanalmente en la historia clínica electrónica los resultados pendientes, registrará los resultados en OMI, imprimirá la carta y la enviará a la paciente.
Con esto evitaremos la necesidad de volver a citar a la paciente, liberando citas de presencia física y quedando estas disponibles para otras usuarias.

INDICADORES
Nos servirá como indicador el porcentaje de resultados normales comunicados a las pacientes por éste método. Será contabilizado por el listado de resultados enviados por cada matrona.
El estándar de calidad sería que el 95% de los resultados normales de citologías sean comunicados a través de este método.
Otro estándar de calidad sería la satisfacción de nuestra población diana con el sistema. Será analizado a través de una encuesta de satisfacción aleatoria y telefónica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1059

1. TÍTULO

COMUNICACION UNIFICADA DE RESULTADOS DE CITOLOGIAS PARA MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ALCAÑIZ

DURACIÓN

Las reuniones de consenso entre dirección de atención primaria y todas las matronas del sector se realizarán durante el mes de mayo de 2018.

Puesta en marcha del proyecto, de mano de las matronas del sector, durante el mes de junio de 2018.

Realización de encuestas telefónicas de satisfacción durante los meses de marzo y abril de 2019.

El proyecto será realizado por todas las matronas del sector de Alcañiz desde mayo del 2018 hasta mayo del 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0019

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TRASMISION DE INFORMACION Y APROVECHAMIENTO DE CONSULTA PEDIATRICA CON POBLACION INFANTIL INMIGRANTE

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE SIXTO JOSE MARTINEZ ARRIAZU
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ ESTERUELAS MARIA REYES
BLASCO ANENTO PILAR
PIRVULESCU MARIANA
IBAÑEZ NAVARRO ALBERTO
SALAS GARCIA JOSE IVAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se busca comparar los conocimientos adquiridos en una población a la que se les ha complementado las explicaciones orales con material escrito, con otra población a la que sólo se les ha dado explicaciones orales. Para ello se compararon 2 cupos de pediatría, el primero de forma rutinaria entregaba el material escrito y el segundo no. Se pasó un cuestionario de 10 preguntas de respuesta dicotómica sobre temas importantes en la salud del niño de 0-2 años a todos los padres de niños inmigrantes de hasta 2 años de edad que habían acudido a consultas de pediatría de atención primaria por cualquier cuestión en los dos cupos de estudio; incluyendo las citas con el personal de enfermería de cada uno. Se completó la educación sanitaria explicando las respuestas en caso de fallo.

La encuesta, de respuesta "lo sabe" o "no lo sabe", incluía las siguientes preguntas: "¿Cómo se debe transportar al bebe en el coche?", "¿Hay que cepillar los dientes a los bebes? ¿Sirve cualquier pasta de dientes?", "¿Qué es lo primero que tengo que hacer si mi bebe empieza a vomitar?", "¿Qué es lo primero que tengo que hacer si mi bebe se desmaya y no responde?", "¿Tiene el número de intoxicaciones grabado en el móvil?", "¿Cual es la postura menos recomendada para dormir?", "¿Cada cuántos días se recomienda bañar al bebe?", "Como no vives cerca del mar, ¿Crees que es importante que tu bebe aprenda a nadar?", "¿Cuáles son los tres alimentos más importantes en la dieta de los niños?", "Con 1 año de edad, ¿Le puedo dar frutos secos (almendras, nueces, etc.)?". Calculando un tamaño muestral total de 132 niños, se estableció un plazo de catorce semanas para recoger el total de las encuestas. No se precisó de recursos adicionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se recogieron un total de 112 cuestionarios de los 132 previstos (84,84%), 56 del grupo que se había entregado material escrito y 54 del grupo sin; obteniendo una diferencia significativa ($p=0,000$) con un 84,46% de aciertos del primero y un 50,37% del segundo. Hubo diferencias significativas entre los dos grupos en relación a las preguntas de higiene bucal, introducción de los frutos secos, manejo de los vómitos, intoxicaciones y síncope ($p=0,012$; 0,035; 0,000; 0,001; 0,000), obteniendo un porcentaje de fallos en estos cinco temas mayor al 50% en el segundo grupo. Destacar sin embargo, un 48,21% de fallos en el primer grupo en la pregunta de las intoxicaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Consecuencia de la barrera idiomática y de la cantidad de información a transmitir en una consulta habitual, el complementar las explicaciones con material escrito permite a los padres adquirir un mayor conocimiento sobre la salud de sus hijos y sobre la forma de actuar en casos de urgencia médica.
- Un cuestionario periódico a los padres ayuda a comprender los conocimientos de éstos y a resolver dudas y / o problemas que puedan surgir al hablar sobre el tema; a pesar de que precisa invertir tiempo extra en ello.
- Una mayor comunicación mejora la relación entre los padres y el facultativo médico y enfermera.
- A partir del mismo, se podrán estudiar la relación entre la educación sanitaria y la frecuentación a consultas o al servicio de urgencias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/19 ===== ***

Nº de registro: 0019

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA TRASMISION DE INFORMACION Y APROVECHAMIENTO DE CONSULTA PEDIATRICA CON POBLACION INFANTIL INMIGRANTE

Autores:
MARTINEZ ARRIAZU SIXTO, BLASCO ANENTO PILAR, PIRVULESCU MARIANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0019

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TRASMISION DE INFORMACION Y APROVECHAMIENTO DE CONSULTA PEDIATRICA CON POBLACION INFANTIL INMIGRANTE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: trastorno de cuidados por desconocimiento
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Descubrimos el aumento de poblacion infantil inmigrante y sus carencia en la comprensión y trasmision de la informacion en las consulta pediatricas y en sus revisiones infantiles.
Detectamos falta de conocimiento del idioma, que atrasa la consulta y el cumplimiento de las indicaciones dadas en la misma

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la trasmision de informacion y su eficacia en consulta de pediatria y revisiones.
utilizar medios escritos o telematicos para la mejoría y reducion de tiempo de consulta.
mejorar la comprensión de las indicaciones.
Actuaremos sobre la poblacion infantil del cs de alcañiz

MÉTODO

Esta previsto elaboracion de hojas informativas para cada revision pediatrica que trasmitan los conocimientos basicos de esa consulta.
Entregaremos dibujos explicativos de los conceptos basicos asi como numeros de telefono o contactos telematicos de especial interes.
Realizaremos reuniones explicativas con profesionales de la zona para la difusion de estas informaciones
Informaremos a profesores de centros educativos para pedirles su colaboración

INDICADORES

Realizaremos utilizacion de proyecto y metodos en una consulta de pediatria totalmente, en otra no se realizara y en una tercera solo a un grupo inmigrante control.
valoraremos en 6 meses la habilidad en realizacion tecnicas sanitarias en niños, mejoría higiene infantil y cuidados en alimentacion adecuada respecto a consulta donde no fue realizado proyecto o solo parcialmente.

DURACIÓN

6 meses con inicio en junio y finalizacion en noviembre.
Los responsables sera el pediatra y dos enfermeras de la consulta cs alcañiz

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0804

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA MONOGRAFICA SOBRE TABAQUISMO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL BONDIA HERRERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALCORISA
· Localidad ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN MARTIN JORGE
LOPEZ HERNANDEZ EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

se crea una agenda en el programa OMI AP en apartado salas con el nombre Espirometría un día a la semana durante una mañana

Se realiza reunión de equipo para explicar el proyecto, la coordinacion médico - enfermera y cómo se captan y derivan los pacientes para hacer la consulta de tabaquismo

Los pacientes se anotan en la agenda se realiza la espirometría y se le da consejo antitabaquico. Se anota en agenda del médico para que al día siguiente valore resultado de la prueba y continúe con los consejos

Se realiza anotación manuscrita de los pacientes a los que se le realiza la espirometría con la fecha para posteriores consultas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

observamos muy poca cobertura de fumadores captados para el proyecto sólo 30 personas de las 190 que hay en el listado de fumadores

Indicadores a fecha de octubre de 2018 solo 4 meses tras la puesta en marcha del proyecto observamos gran mejoría en detección de tabaquismo 75 % pero en intervención tabaco sólo 30 %. En cuanto a revisión de síntomas EPOC vemos que todos los pacientes están bien revisados, más del 80 %. Queda pendiente evaluar el número de pacientes que consiguen dejar de fumar

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos mejorado en la detección temprana de los pacientes fumadores así como en la revisión de los pacientes EPOC ya conocidos actualizando el tratamiento. Todavía hay que mejorar mucho en captación de pacientes fumadores para realizar espirometría y consejo antitabaco ya que solo hemos dado 30 % cobertura. Sacamos listados de pacientes y entregamos a su médico y enfermera para intentar en consulta demanda captar a dichos pacientes

7. OBSERVACIONES.

el aparato de espirometría ha estado 1 mes estropeado por lo que no hemos podido realizar la consulta en ese tiempo

Todavía llevamos muy poco tiempo con el proyecto por lo que los resultados mejorarán dentro de unos meses

*** ===== Resumen del proyecto 2018/804 ===== ***

Nº de registro: 0804

Título
PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA MONOGRAFICA SOBRE TABAQUISMO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Autores:
BONDIA HERRERO MARIA ISABEL, MARTIN MARTIN JORGE, LOPEZ HERNANDEZ EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

TEMAS

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

Enfoque: -----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0804

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA MONOGRAFICA SOBRE TABAQUISMO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

ANALIZANDO LOS INDICADORES DE CALIDAD DE ENFERMERÍA, SE OBSERVÓ UN MAL CONTROL DE LOS PACIENTES FUMADORES, NO TENÍAN REALIZADA ESPIROMETRÍA POR LO QUE NO SE PODÍA LLEGAR A UN DIAGNOSTICO PRECOZ DE EPOC, Y POR CONSEGUENTE NO SE BENEFICIABAN DE UN TRATAMIENTO COMPLETO. ES SABIDO QUE ESTA ENFERMEDAD CONLLEVA UNA GRAN CARGA DE MORBIMORTALIDAD Y PUEDE SUPONER UNA LIMITACION IMPORTANTE EN SU ACTIVIDAD DIARIA, FRECUENTES VISITAS MÉDICAS ASI COMO HOSPITALIZACIONES, POR TODO ELLO LA GRAN IMPORTANCIA DE LA DETECCION PRECOZ DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS

- DIAGNOSTICAR PRECOZMENTE PACIENTES FUMADORES CON EPOC
- CONTROL DE SINTOMAS Y FUNCION PULMONAR DE DICHS PACIENTES PERIODICAMENTE
- CORRECTA UTILIZACION DE TRATAMIENTOS INHALADOS

MÉTODO

- CAPTACION DE POBLACION DIANA: PACIENTES FUMADORES QUE DEPENDAN DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA
- CREACION DE AGENDA TABAQUISMO EN PROGRAMA INFORMATICO OMI AP
- CITACION DE PACIENTES EN DICHA AGENDA PARA REVISIÓN DE SU HISTORIA, ANAMNESIS DIRIGIDA A SINTOMAS EPOC Y REALIZACION DE ESPIROMETRIA
- ENTREVISTA MOTIVACIONAL, OFRECER CONSEJOS Y AYUDA PARA DEJAR TABACO EN SESION INDIVIDUAL
- PACIENTES FUMADORES YA ETIQUETADOS DE EPOC REVISAR SU MEDICACION Y CORRECTO MANEJO INHALADORES

INDICADORES

- NUMERO FUMADORES CON ESPIROMETRIA/TOTAL FUMADORES
- NUMERO FUMADORES QUE CONSIGUEN DEJAR TABACO/TOTAL FUMADORES CONSULTA MONOGRAFICA
- PORCENTAJE DE PACIENTES QUE REDUCEN EL NUMERO DE REAGUDIZACIONES RESPECTO AL AÑO ANTERIOR

DURACIÓN

- REALIZACION DE LISTADO PACIENTES RESPONSABLE DEL PROYECTO :INICIO Y FIN MARZO 2018
- CREACION AGENDA EN PROGRAMA INFORMATICO ADMINISTRATIVO DEL CENTRO: MARZO 2018
- CITACION DE PACIENTES : RESPONSABLE DEL PROYECTO MAYO / JUNIO 2018
- CONSULTA INDIVIDUAL ESPIROMETRIA, ENTREVISTA MOTIVACIONAL, MANEJO DE TRATAMIENTO RESPONSABLE DEL PROYECTO : JULIO 2018 A MAYO 2019
- VALORACION DE INDICADORES EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA: MAYO 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0860

1. TÍTULO

FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVES DE UN PERIODICO LOCAL

Fecha de entrada: 21/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ CELAYA DEL POZO CARMEN
ADRIAN MONFORTE ESTRELLA
GIL VALERO CARLOS PASCUAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
con periodicidad mensual hemos creado un artículo de extensión máxima un folio sobre hábitos saludables con los alumnos del CRIET de Alcorisa para trabajar dichos temas en el aula. Posteriormente maquetación en el ordenador de dichas instalaciones.
Octubre 2018: importancia del lavado de manos, técnica de un buen lavado, tipos de desinfectantes
Noviembre 2018: cepillado de dientes, cómo se realiza, cuándo y para qué. Diferencia entre pastas dentales, uso de colutorios
febrero 2019: alimentación saludable: qué comemos, cantidades de azúcar en los alimentos, grasas trans, anuncios publicitarios en tv

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Sólo llevamos 3 temas trabajados, ya que es un proyecto de duración un curso escolar. En estos meses hemos visto la implicación de los niños ya que deben hacer un resumen del tema para escribir el artículo. Despues repasarlo y mecanografiarlo en el ordenador y por último maquetarlo con el resto de artículos del periódico. El hecho de que vaya un médico a explicar el tema le otorga una importancia que suma interés a los niños. Después los docentes siguen el resto de la semana hablando del tema concreto para afianzar
De momento todas las encuestas de satisfacción han sido de 10 puntos sobre 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La principal conclusión es cómo el hecho de que un profesional sanitario explique un tema añade importancia al mismo y los niños prestan más atención. Los profesores con su labor de apoyo refuerzan el concepto aprendido y luego los alumnos en sus domicilios lo pueden extrapolar
Se nos ocurre para próximas ediciones dejar que los alumnos elijan los temas a tratar
Ha habido cambios entre los profesores que han dificultado un poco la ejecución del proyecto y ha obligado a realizar reunión extra para volver a explicar el calendario previsto.

7. OBSERVACIONES.
Este proyecto se encuentra a mitad de desarrollo por lo que las conclusiones son parciales

*** ===== Resumen del proyecto 2018/860 ===== ***

Nº de registro: 0860

Título
FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVES DE UN PERIODICO LOCAL

Autores:
GOMEZ TENA MARIA GORETI, SANCHEZ CELAYA DEL POZO CARMEN, ADRIAN MONFORTE ESTRELLA, GIL VALERO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dada la importancia de crecer en un entorno de vida saludable, y teniendo en cuenta cómo el estilo de vida es capaz de variar el curso de la enfermedad cada vez se trabaja más en el campo de la prevención primaria. Es

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0860

1. TÍTULO

FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVES DE UN PERIODICO LOCAL

fundamental que los niños aprendan cuanto antes nociones sobre alimentación, ejercicio físico, lavado de manos, cepillado dental...para tener unos buenos hábitos que les acompañen durante toda su vida. Durante el curso escolar, los niños de distintas partes de la provincia acuden al CRIET durante 5 días donde conviven con otros niños, lo que nos parece un buen momento para trabajar estos items.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo primordial es conseguir unos hábitos higienico/dieteticos adecuados y mantenerlos en el tiempo, en concreto lavado de manos, cepillado de dientes, alimentacion saludable, actividad física y pantallas, protección solar para evitar enfermedades posteriores con gran repercusion como puede ser la obesidad, el síndrome metabolico, enfermedad dental, melanoma... La población diana en este caso serán estudiantes de 6º de primaria que acuden al CRIET de Alcorisa durante el curso escolar 2018-2019. Se pretende trabajar en grupo estos temas en el aula a través de la prensa escrita para ayudar a su implantacion cuando vayan a sus domicilios y se convierta en rutinas diarias.

MÉTODO

Participación de los médicos y enfermeros del equipo de atención primaria de Alcorisa en la elaboración mensual de una página de salud en el periódico del CRIET. Cada mes será un miembro el encargado de elaborar y redactar la página junto con los niños, y despues la maquetarán y publicarán. Se nombra un encargado del equipo docente del CRIET que será quien se ponga en contacto cada mes con la persona del centro que corresponda según un calendario previamente establecido y le comunique el tema a trabajar. Durante ese mes deberá redactar un artículo junto con los niños que intervengan, quienes pueden venir al centro de salud a preguntar e indagar sobre el tema. La última semana del mes se entregará la página terminada en formato Word al responsable del CRIET para continuar con la maquetación.

INDICADORES

- encuesta de satisfaccion a los participantes (niños, sanitarios, equipo docente)
- cuestionario tipo test de conocimientos a los niños al finalizar la tarea

DURACIÓN

- inicio octubre 2018, perioricidad mensual según calendario escolar del CRIET hasta mayo 2019.
- un total de 6 unidades didacticas: lavado de manos, cepillado de dientes, alimentacion saludable, actividad física, pantallas, protección solar a desarrollar los meses de octubre, noviembre de 2018, febrero, marzo, abril y mayo 2019
- Responsable del CRIET Alcorisa y responsable del proyecto en el Centro de salud. Comunicación entre ambos y con el resto de plantilla a traves de email o en persona. Reunión mensual para acordar el próximo tema y recoger el material elaborado.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0860

1. TÍTULO

FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVÉS DE UN PERIÓDICO LOCAL

Fecha de entrada: 21/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ CELAYA DEL POZO CARMEN
ADRIAN MONFORTE ESTRELLA
GIL VALERO CARLOS PASCUAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Continuamos escribiendo artículos en el periódico local del CRIET hasta el mes de junio de 2019. Marzo pantallas saludables. Abril deporte y sedentarismo. Mayo riesgos de internet y redes sociales. Junio primeros auxilios

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El método no ha funcionado, ya que aunque las reuniones con los niños eran muy enriquecedoras, luego el paso de resumen y maquetación ha sido muy farragoso y casi siempre se encargaba el mismo profesor mandándome el borrador por email. Quizá una periodicidad trimestral hubiera sido más adecuada. Además los cuestionarios de conocimientos se extraviaron y no hemos obtenido ese indicador
Aún así todas las encuestas de satisfacción han sido 10 sobre 10 y el resultado final satisfactorio para los compañeros del centro de salud

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al finalizar el curso escolar la plantilla de profesores ha cambiado, junto con el equipo directivo y la forma de trabajo de los proyectos en el aula por lo que nuestro proyecto ha finalizado .queda pendiente volver a retomar las negociaciones para plantear nuevas intervenciones de cara al próximo curso.
Dentro de este proyecto ha habido muchas variaciones en cuanto a los grupos de chavales (número, nacionalidad, nivel curricular y de conocimientos...)lo que nos ha supuesto una reconversión de la forma de trabajar constante
No hemos tenido un feed back adecuado puesto que los chavales una vez terminada su estancia en Alcorisa se iban a sus pueblos y no sabemos si seguían trabajando el tema. Deberíamos plantear una continuidad con los profesores

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/860 ===== ***

Nº de registro: 0860

Título
FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVES DE UN PERIODICO LOCAL

Autores:
GOMEZ TENA MARIA GORETI, SANCHEZ CELAYA DEL POZO CARMEN, ADRIAN MONFORTE ESTRELLA, GIL VALERO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dada la importancia de crecer en un entorno de vida saludable, y teniendo en cuenta cómo el estilo de vida es capaz de variar el curso de la enfermedad cada vez se trabaja más en el campo de la prevención primaria. Es fundamental que los niños aprendan cuanto antes nociones sobre alimentación, ejercicio físico, lavado de manos, cepillado dental...para tener unos buenos hábitos que les acompañen durante toda su vida. Durante el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0860

1. TÍTULO

FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVÉS DE UN PERIÓDICO LOCAL

curso escolar, los niños de distintas partes de la provincia acuden al CRIET durante 5 días donde conviven con otros niños, lo que nos parece un buen momento para trabajar estos items.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo primordial es conseguir unos hábitos higienico/dieteticos adecuados y mantenerlos en el tiempo, en concreto lavado de manos, cepillado de dientes, alimentacion saludable, actividad física y pantallas, protección solar para evitar enfermedades posteriores con gran repercusion como puede ser la obesidad, el síndrome metabólico, enfermedad dental, melanoma... La población diana en este caso serán estudiantes de 6º de primaria que acuden al CRIET de Alcorisa durante el curso escolar 2018-2019. Se pretende trabajar en grupo estos temas en el aula a través de la prensa escrita para ayudar a su implantacion cuando vayan a sus domicilios y se convierta en rutinas diarias.

MÉTODO

Participación de los médicos y enfermeros del equipo de atención primaria de Alcorisa en la elaboración mensual de una página de salud en el periódico del CRIET. Cada mes será un miembro el encargado de elaborar y redactar la página junto con los niños, y despues la maquetarán y publicarán.

Se nombra un encargado del equipo docente del CRIET que será quien se ponga en contacto cada mes con la persona del centro que corresponda según un calendario previamente establecido y le comunique el tema a trabajar. Durante ese mes deberá redactar un artículo junto con los niños que intervengan, quienes pueden venir al centro de salud a preguntar e indagar sobre el tema. La última semana del mes se entregará la página terminada en formato Word al responsable del CRIET para continuar con la maquetación.

INDICADORES

- encuesta de satisfaccion a los participantes (niños, sanitarios, equipo docente)
- cuestionario tipo test de conocimientos a los niños al finalizar la tarea

DURACIÓN

- inicio octubre 2018, perioricidad mensual según calendario escolar del CRIET hasta mayo 2019.
- un total de 6 unidades didacticas: lavado de manos, cepillado de dientes, alimentacion saludable, actividad física, pantallas, protección solar a desarrollar los meses de octubre, noviembre de 2018, febrero, marzo, abril y mayo 2019
- Responsable del CRIET Alcorisa y responsable del proyecto en el Centro de salud. Comunicación entre ambos y con el resto de plantilla a traves de email o en persona. Reunión mensual para acordar el próximo tema y recoger el material elaborado.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0069

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO EN ATENCION PRIMARIA EN PATOLOGIA BILIAR Y TIROIDES

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE TRINIDAD HERNANDEZ RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUIU CAMPOS MIGUEL
GONZALEZ ALGAS JULIO
ALBESA BENAVENTE INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han formado 7 médicos en el sector sanitario de Alcañiz. Sin embargo, la formación reglada recibida ha consistido en solo 5 días de formación sobre la ecografía en distintas localizaciones (hepática, tiroides, vascular, ginecológica, musculoesquelética) sin profundizar en ninguna de las dos propuestas en el proyecto, lo que hace imposible desarrollar este proyecto en la forma que se había planteado (estudio de concordancia). Los profesionales que participan en el proyecto se están apuntando a cursos por su cuenta, con gran variabilidad en la experiencia acumulada.

Se ha creado un grupo de trabajo específico con la finalidad de analizar los condicionantes para la introducción de la ecografía en nuestro sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los profesionales han comenzado a desarrollar su actividad, aunque en algunos casos, la falta de formación y en otros casos la falta de tiempo protegido, en ausencia de agendas de ecografía, hayan dificultado el desarrollo del proyecto. En estos momentos los profesionales están desarrollando la curva de aprendizaje, que si no se focaliza en determinadas localizaciones, y con formación suficiente, puede tardar en alcanzarse.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implementación de esta estrategia requiere de una formación suficiente y de la creación de agendas de tiempo protegido para desarrollarlo. Si no se reservan recursos para ello, la implantación va a ser anecdótica.

- Se considera necesario realizar una actividad docente programada en nuestro sector a lo largo del año 2019. Se ha propuesto una actividad pendiente de aprobación por la dirección

- Se considera necesario facilitar la asistencia a FOCUSS de los profesionales implicados

- Es necesario crear agendas de ecografía para disponer de tiempo protegido.

El proyecto va a continuar con el objetivo de monitorizar la implantación de la ecografía en nuestro sector, estableciendo una estrategia específica para ello.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/69 ===== ***

Nº de registro: 0069

Título
IMPLANTACION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:
HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, GUIU CAMPOS MIGUEL, RIOS LAZARO MIGUEL, GONZALEZ ALGAS JULIO, ALBESA BENAVENTE INMACULADA, TOMAS GUTIERREZ FERNANDO, TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patología biliar y tiroidea
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: -----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0069

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO EN ATENCION PRIMARIA EN PATOLOGIA BILIAR Y TIROIDES

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La escasez de radiólogos en nuestro sector se ha traducido en numerosos problemas para atención primaria: Uno de ellos es la accesibilidad a la ecografía desde atención primaria, que no solo ha disminuido por la lista de espera sino por la priorización de las pruebas solicitadas por atención especializada. En los últimos años los ecógrafos han evolucionado hacia una tecnología más barata, con mejor definición, con aparatos más pequeños y portables que han dado lugar a la denominada ecografía "point of care". Estos aparatos se están utilizando por profesionales médicos no radiólogos tanto en atención primaria como en diferentes especialidades. Existe literatura al respecto tanto en el ámbito internacional como nacional que justifica la adopción de esta experiencia.

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar la accesibilidad a la ecografía en atención primaria.
Asegurar la validez del diagnóstico ecográfico en Atención Primaria.

MÉTODO

Al menos un médico en cada centro de salud, podrá recibir peticiones de sus compañeros y realizar las pruebas que se soliciten.
Se ha dotado a 4 centros de salud (Alcañiz, Caspe, Hija, Andorra) de ecógrafos point of care. Se van a formar 6 profesionales en los centros de salud de acuerdo al programa elaborado por el Servicio Aragonés de Salud. Durante el año vamos a evaluar los resultados de las ecografías realizadas en dos localizaciones: diagnóstico de patología biliar (litiasis biliar, colecistitis, coledocolitiasis) y tiroides (bocio y nódulos tiroideos palpables). En cualquier caso estas dos localizaciones podrán cambiar en función de las reuniones que mantengamos con los responsables.
Comunicación
Se informará de la puesta en marcha, y de los resultados obtenidos en el estudio en el seno del consejo de salud de los centros de salud respectivos.

INDICADORES

En los primeros meses se realizará un estudio de concordancia interobservador repitiendo la ecografía por parte de un radiólogo experimentado, y se evaluará globalmente y en cada centro de salud. Se evaluará la concordancia en las primeras 30 ecografías de cada localización por centro de salud. Se valorará la concordancia en la presencia/ausencia de las patologías mencionadas mediante el cálculo del coeficiente kappa. El objetivo es conseguir un coeficiente kappa > 0,5 en cada localización
Se evaluará también la accesibilidad a la ecografía mediante la demora media en el centro de salud.
- Demora media para la realización de ecografías en el centro de salud (Objetivo: <30 días)
- Variación antes-después en el número de ecografías solicitadas al hospital en cada centro donde se realizan ecografías (una vez finalizado el estudio de concordancia).
- Registro de la comunicación de los resultados del estudio de concordancia en el consejo de salud de cada centro.

DURACIÓN

Formación: 12 al 15 de Marzo de 2018
Estudio de concordancia hasta conseguir número propuesto.
Evaluación: Enero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1129

1. TÍTULO

ESCUELA DE MADRES

Fecha de entrada: 13/02/2019

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.
ROMERO ARASANZ EMMA
NAVARRO ABAD LIDIA
FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN
GASPAR BLASCO ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El curso consiste en talleres monotemáticos con las siguientes fechas de realización, contenidos y docentes, en horario de 10 a 12 en el centro ITACA de la localidad de Andorra, con la colaboración en la organización y difusión del proyecto del Servicio Social de Base de la Comarca Andorra Sierra de Arcos.

- Sesión 1: 25 de mayo: PRIMEROS AUXILIOS/DRA. CARMEN FERRER Y ANA LAGAR, ENFERMERA
- Sesión 2: 29 de mayo : PREVENCIÓN DE ACCIDENTES INFANTILES: RAQUEL GONZALEZ, ENFERMERA
- Sesión 3: 1 de junio: HIGIENE PERSONAL Y DEL HOGAR: ANA GARCIA, ENFERMERA
- Sesión 4: 5 de junio: DOCUMENTACIÓN SANITARIA: ROSA GALVE, ADMINISTRATIVA Y ANTONIO GASPAR, TRABAJADOR SOCIAL DEL SALUD
- Sesión, 5: 8 de junio: CUIDADO HIJOS/ ALIMENTACION: EMMA ROMERO, ENFERMERA DE PEDIATRIA
- Sesión 6: 12 de junio: ACTUACION ANTE LA ENFERMEDAD: DRA. LIDIA NAVARRO, PEDIATRA
- Sesión 7: 19 de junio: GRUPOS DE ALIMENTOS Y PREPARACION DE DIETAS: SUSANA LOPEZ, ENFERMERA
- Sesión 8: 22 de junio: TALLER AFECTIVO SEXUAL: PATRICIA REPOLLES MATRONA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La asistencia media de las mujeres participantes es de 18, con buena disposición y dinámica en las sesiones. Al inicio de cada sesión se realiza un cuestionario de conocimientos y otro al terminar la sesión para valorar, si la intervención ha sido eficaz.

VALORACIÓN DE CONOCIMIENTOS:

En algunas materias el nivel de conocimientos previo es bueno. Pero en todas las sesiones han ganado conocimientos.

Resultados:

1º Sesión: previo: no se realizo, y posterior: 4'9 sobre 5 preguntas
2ª Sesión: previo: 4'7 sobre 5 preguntas y posterior: 4'8 sobre 5 preguntas
3ª Sesión: previo: 7 sobre 10 preguntas y posterior: 10 sobre 10 preguntas
4ª Sesión: previo: 4'9 sobre 5 preguntas y posterior: 5 sobre 5 preguntas
5º Sesión: previo: 4'4 sobre 5 preguntas y posterior: 4'9 sobre 5 preguntas
6º Sesión: previo: 2'7 sobre 5 preguntas y posterior: 4'4 sobre 5 preguntas
7º Sesión: previo: 5'6 sobre 10 preguntas y posterior: 6'3 sobre 10 preguntas
8º Sesión: previo: 3'9 sobre 5 preguntas y posterior: 4'0 sobre 5 preguntas

A priori se subestimó la capacidad de las participantes, por lo que se consideró que 5 cuestiones con verdadero/falso, serían suficientes, y se puede deducir por los resultados que tienen más conocimientos de los que creíamos enmascarar por dificultad de comunicación por la barrera idiomática (muchas no hablan Español aunque todas lo comprenden).

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE LAS MADRES PARTICIPANTES, con escala liker de valoración del 1 al 5. Se puede concluir que en general es muy satisfactoria la valoración de las asistentes y el cien por cien de ellas recomendarían el taller.

VALORACIÓN DE LOS 10 PROFESIONALES QUE HAN PARTICIPADO EN EL PROYECTO, opinan sobre:

- El proyecto: todos volverían a participar, consideran que la organización he información dad es suficiente
- La sesión que han impartido: el tiempo para la preparación y la exposición ha sido adecuado, el horario en el que se ha desarrollado (de 10 a 12 h) lo consideran adecuado excepto una persona que considera que mejor un poco más tarde, la dinámica establecida en el desarrollo de la sesión también en general la consideran adecuada.
- El lugar de celebración: todo opinan que es muy adecuado las instalaciones y el aula excepto el último día que hacía mucho calor, y valoran muy adecuado el servicio de guardería.
- El grupo de mujeres participantes: la actitud y la predisposición la consideran adecuada, han estado muy atentas aunque la barrera del idioma has sido un inconveniente pero que se ha resuelto con la traducción de las más jóvenes a las que no entendían tanto. En general han cambiado la opinión sobre ellas considerándolas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1129

1. TÍTULO

ESCUELA DE MADRES

más capaces de lo que creían y ha supuesto un mayor acercamiento hacia este colectivo.

INDICADORES DE FRECUENTACIÓN

- Mujeres participantes: 22, media de edad 34 años (de 19 a 53 años)
- Hijos: 53 (0 a 16 años)

•La FRECUENTACIÓN en general ha bajado ligeramente y en términos globales ha pasado de promedio de 8'66 visitas en 2017 a 7'82 visitas en 2018.

•Los MOTIVOS DE VISITA son justificados, golpe, contusión amigdalitis, bronquitis, dolor abdominal... y se observa que tras la visita a urgencias se reconducen a su MAP pediatra. La mayor frecuentación en la matrona se debe al seguimiento de embarazo. Ya que tienen un promedio de hijos de 3 (desde 1 hasta 5 la que más)

•ALIMENTACIÓN E HIGIENE adecuada o inadecuada (DGP):

Ninguna de las madres tiene registro sobre si la alimentación es adecuada o inadecuada, esto es debido a que acuden a consulta, como demanda y no en programada, a pesar de alguna con dislipemia y dos diabéticas.

En cambio el 100% tiene una analítica 50 % en el último año y el resto en los últimos 3 años (esto también los explicaría el seguimiento de la mujer embarazada).

Niños: 42 (79%) de los 53 niños tienen una adecuada higiene y alimentación según registro de OMI ap

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: 16 de las 22 mujeres (72 %) tienen o toman algún método anticonceptivo: 14 anti-concepción hormonal (87,5%), 3 DIU, 4 no quieren y 2 no consta registro.

CITOLOGIA: 11 (50%) de las 22 mujeres tienen una citología normal en los últimos 3 años.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No se pueden tener valores y creencias preconcebidas y hay que acercarse al colectivo de mujeres árabes/inmigrantes ya que aun a pesar de la dificultades del idioma se esfuerzan y tienen ganas de aprender. Es verdad que el apoyo de servicios sociales es importante. A los profesionales nos ha resultado muy satisfactorio trabajar con este grupo de mujeres y la relación cuando acuden al centro a cambiado tanto por parte de las mujeres "que ya nos ponen cara" como por parte de los profesionales que ya las conocemos un poco más.

7. OBSERVACIONES.

A pesar de ser un proyecto con muchos profesionales implicados, se ha realizado en horario de mañana y todos han participado y les ha resultado agradable la experiencia.

La coordinación y comunicación con servicios sociales ha sido muy satisfactoria.

Para conseguir una mayor participación se dispuso de servicio de guardería (en el local de celebración del curso), para que las madres no se preocuparan por el cuidado de sus hijos y pudieran asistir

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1129 ===== ***

Nº de registro: 1129

Título
ESCUELA DE MADRES

Autores:
GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL, ROMERO ARASANZ EMMA, NAVARRO ABAD LIDIA, FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN, GASPAS BLASCO ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: prevención y cambio de hábitos
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El proyecto surge a petición de las trabajadoras del servicio social de base, que tienen un grupo de mujeres inmigrantes marroquíes y paquistaníes, con las que ya están trabajando habilidades sociales y ven la necesidad de trabajar hábitos de salud.

Las mujeres marroquíes en la zona no son muchas, pero si son frecuentadoras de los servicios de urgencias, y están solas, con sus maridos e hijos, relacionarse solo con su propio colectivo, por eso la oportunidad de trabajar con el colectivo, para además de educar en salud tengamos un mayor acercamiento al colectivo y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1129

1. TÍTULO

ESCUELA DE MADRES

sepamos más de sus problemas y eliminemos valores y prejuicios que en ocasiones se tienen con este colectivo.

RESULTADOS ESPERADOS

Principal: que las participantes ganen conocimientos que apliquen a su vida diaria.

Específicos:

- Qué sepan cómo actuar ante una situación de urgencia.
- Qué identifiquen los distintos grupos de alimentos.
- Qué sepan la documentación que precisan para recibir asistencia sanitaria y donde acudir para tramitarla.
- Qué aprendan la importancia de la higiene personal y del hogar en la prevención de enfermedades.
- Qué sepan como preparar dietas adecuadas a sus necesidades.
- Qué sepan el tipo alimentos que se deben dar a sus hijos.
- Qué sepan cómo prevenir accidentes infantiles.
- Qué sepan cómo actuar ante la enfermedad y que medidas deben de tomar para evitar complicaciones.
- Medidas de control de la natalidad y prevención de enfermedades de transmisión sexual.

MÉTODO

La idea surge de las trabajadoras sociales de la Comarca. de forma directa se contacta con la coordinadora de enfermería del centro de salud, y ella pregunta a enfermeras y diversos profesionales si les apetece colaborar y cómo, y de hay van surgiendo diferentes sesiones con contenidos interesantes.

Se crea un grupo whasap a través del cual, se va dando toda la información y se va estructurando las sesiones, los horarios y los contenidos.

La vía de comunicación sera, directa hablando entre nosotras, a través de correo electrónico, de teléfono con las trabajadoras de la comarca.

Recursos materiales: folios, fotocopias, powert point, muñeco para RCP, carpetas para documentación (lo pone la comarca).

INDICADORES

- Valoración del nivel de conocimientos en cada sesión con cuestionario previo y posterior.
- Ganancia de conocimientos en cada sesión.
- Valoración de la satisfacción, de las participantes, mediante cuestionario de valoración en cada sesión.
- Número de visitas a urgencias/ numero de visitas a consulta, de estas mujeres (OMI AP)
- Número de visitas a pediatría con cita previa/ total de las visitas a pediatría (OMI-AP)
- Número de visitas a consulta de las mujeres con cita previa/total de las visitas (OMI-AP)
- DGP. Alimentación adecuada en los hijos de estas mujeres/ alimentación inadecuada. (OMI-AP)
- DGP. Higiene adecuada en los hijos de estas mujeres/ higiene inadecuada. (OMI-AP)
- Número de visitas urgentes de sus hijos con motivo de asistencia accidente/caída/total de visitas urgentes (OMI-AP)
- numero de mujeres que acuden a la consulta de la matrona /total de mujeres sobre las que se ha intervenido.
- DGP método anticonceptivo que usa/ numero total de mujeres sobre las que se ha intervenido

DURACIÓN

Sesiones de 2 horas de 10 a 12 de la mañana, en el centro ITACA de Andorra que cuenta con guardería para que los niños puedan estar atendidos, mientras las madres están en el curso.

CRONOGRAMA 2018:

- 25 de mayo: PRIMEROS AUXILIOS: Dra. Ferrer, Ana Iagar, enfermera
- 29 de mayo: PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LA INFANCIA: Raquel Gonzalez, enfermera
- 1 de junio: HIGIENE PERSONAL Y LIMPIEZA: Ana Garcia, enfermera
- 5 de junio: DOCUMENTACIÓN Y USO DEL SISTEMA SANITARIO: Rosa Galve, administrativa y Antonio Gaspar, Trabajador social.
- 8 de junio: ALIMENTACIÓN Y CUIDADO DE HIJOS, Emma Romero, Enfermera de pediatría,
- 12 de junio: ACTUACIÓN ANTE LA ENFERMEDAD, Dra. Lidia Navarro, medico de familia, actualmente en funciones de pediatra.
- 15 y 19 de junio, ALIMENTACIÓN Y DIETAS, Susana López, enfermera.
- 22 de junio, MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y ATENCIÓN A LA MUJER, Patricia Repolles, matrona

OBSERVACIONES

Realizar la actividad dentro del horario laboral, facilita la implicación de los profesionales. Los recursos sociales de la localidad también facilita la comunicación y la organización de este tipo de proyectos.

El reto de este proyecto es el grupo al que va dirigido, ya que son mujeres marroquíes y paquistaníes con un nivel de español, en algunos casos escaso, por lo que la aintervención debe ser muy visual y didáctica para que se entienda y se logren los objetivos.

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) . :

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1129

1. TÍTULO

ESCUELA DE MADRES

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1093

1. TÍTULO

DETECCION E INTERVENCION DE LASOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ALBA SIMON MELCHOR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALACEITE
· Localidad CALACEITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLORENS PALANCA MARIA DOLORES
GUILLEN MARIN JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto se lleva realizando desde enero hasta diciembre de 2018. Para el cumplimiento de los resultados se han llevado a cabo las siguientes acciones:

- Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos biomédicas acerca de la sobrecarga del cuidador, escala de valoración de Zarit, estrategias y cuidados de enfermos de Alzheimer.
- Hemos identificado a los familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer del Centro de Salud de Calaceite, seleccionando los participantes para el proyecto.
- Hemos contactado con los participantes por teléfono, explicándoles la finalidad del estudio solicitándoles su consentimiento informado.
- Hemos realizado a cada cuidador una entrevista semiestructurada (datos cualitativos) mediante una grabadora de audio para evitar pérdida de información relevante.
- Hemos aplicado la escala de valoración de la sobrecarga del cuidador de Zarit (datos cuantitativos) a los cuidadores seleccionados para detectar su nivel de sobrecarga previa a las intervenciones.
- Tras la recogida de la información, se han analizado los datos cualitativos (entrevista semiestructurada) mediante el programa estadístico MAXQDA y los cuantitativos (escala Zarit) mediante la base estadística SPSS.
- Se ha diseñado un programa psicoterapéutico de 5 talleres grupales a cuidadores basados en las necesidades detectadas de estos tras el análisis de los datos obtenidos mediante la entrevista semiestructurada.
- Se han realizado 5 talleres grupales quincenales a cuidadores tratándose las temáticas: manejo de úlceras por presión, fomento de la salud del cuidador, técnicas de alimentación y eliminación, estrategias para el control de impulsos y manejo de la medicación, recursos sociales disponibles en la comunidad.
- Tras la finalización de los talleres, se ha aplicado de nuevo la escala de Zarit a los cuidadores asistenciales.
- Se han reevaluado y analizado los resultados mediante la comparativa de los indicadores.
- Se han propuesto medidas de mejora en aquellos indicadores susceptibles.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- INDICADOR 1: N° de cuidadores participantes en el programa*100/n° de cuidadores seleccionados. Estándar 100%
13 cuidadores participantes en el programa*100/20 cuidadores seleccionados, conseguido 65%
- INDICADOR 2: N° de cuidadores a los que aplicamos la escala de valoración de Zarit a la finalización de los talleres formativos*100/ n° de cuidadores a los que aplicamos la escala de valoración de la sobrecarga del cuidador de Zarit antes de la realización de los talleres. Estándar 100%
11 cuidadores a los que aplicamos la escala de valoración de Zarit al final de los talleres
formativos*100/13cuidadores a los que aplicamos la escala de Zarit antes de los talleres formativos. Conseguidos 84,64%
- INDICADOR 3: N° de talleres grupales a cuidadores realizados*100/ N° de talleres grupales a cuidadores programados. Estándar 100%
5 talleres grupales realizados*100/5 talleres grupales programados. Conseguido 100%.
- INDICADOR 4: N° de cuidadores con una puntuación en la escala de valoración de Zarit <47 puntos (no sobrecarga) previo a los talleres formativos*100/N° de cuidadores seleccionados. Estándar 100%
2 cuidadores con una puntuación de Zarit <47 puntos previo a la realización de los talleres formativos*100/13 cuidadores seleccionados. Conseguido 15,38%
- INDICADOR 5: N° de cuidadores con una puntuación en la escala de valoración de Zarit <47puntos (no sobrecarga) después de los talleres formativos*100/N° de cuidadores que permanecen en el proyecto. Estándar 100%
4 cuidadores con una puntuación de Zarit <47 puntos después de la realización de los talleres formativos*100/11 cuidadores que permanecen en el proyecto.
Conseguido 36,36%.
- INDICADOR 6 N° de cuidadores con una puntuación en la escala de valoración de Zarit entre 47-55 puntos (sobrecarga leve) previo a los talleres formativos*100/N° de cuidadores seleccionados.
6 cuidadores con una puntuación de Zarit entre 47-55 previo a la realización de los talleres formativos*100/13 cuidadores seleccionados. Conseguido 46,15%
- INDICADOR 7: N° de cuidadores con una puntuación en la escala de valoración de Zarit entre 47-55 puntos después de la realización de los talleres formativos*100/N° de cuidadores que permanecen en el proyecto.
5 cuidadores con una puntuación de Zarit entre 47-55 puntos después de la realización de los talleres formativos*100/11cuidadores que permanecen en el proyecto. Conseguido 45,45%.
- INDICADOR 8: N° de cuidadores con una puntuación en la escala de valoración de Zarit >55 puntos (sobrecarga intensa) previo a los talleres formativos*100/N° de cuidadores seleccionados.
5 cuidadores con una puntuación de Zarit <
>55 puntos previo a la realización de los talleres formativos*100/13 cuidadores seleccionados. Conseguido 38,46%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1093

1. TÍTULO

DETECCION E INTERVENCION DE LASOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

- INDICADOR 9: N° de cuidadores con una puntuación en la escala de valoración Zarit > 55 puntos después de la realización de los talleres formativos * 100 / N° de cuidadores que permanecen en el proyecto
2 cuidadores con una puntuación de Zarit > 55 puntos después de la realización de los talleres formativos * 100 / 11 cuidadores seleccionados. Conseguido 18,18%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras analizar el INDICADOR 1, el estándar deseado es el 100%, sin embargo el resultado obtenido es del 65%. Esto es debido a que a pesar de seleccionar inicialmente 20 cuidadores de enfermos de Alzheimer la participación real ha sido menor. Sería muy aconsejable contactar con aquellos cuidadores que no han participado para poder conocer sus necesidades reales y poder realizar una nueva intervención acorde a sus necesidades.
Tras analizar el INDICADOR 2, el estándar deseado es el 100% sin embargo el resultado obtenido es el 84,61%. Hemos perdido el seguimiento de 2 cuidadores durante el desarrollo de los talleres. Como propuesta de mejora, se debería contactar con ambos cuidadores y proponerles nuevas fechas y horarios para impartirles la formación.

CONCLUSIONES:

Tras la aplicación de la escala de valoración Zarit y determinar el nivel de sobrecarga de los cuidadores podemos detectar las necesidades de los mismos.

La técnica de utilizar talleres grupales es satisfactoria entre los cuidadores, y se ha determinado una disminución en la sobrecarga de los mismos.

Podemos concluir que sería aconsejable seguir realizando periódicamente estos talleres en aquellos cuidadores que sigan padeciendo sobrecarga en el cuidado de sus familiares dependientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1093 ===== ***

N° de registro: 1093

Título
DETECCION E INTERVENCION DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

Autores:
SIMON MELCHOR ALBA, LLORENS PALANCA DOLORES, GUILLEN MARIN JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALACEITE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad de Alzheimer es una patología de larga evolución e invalidante que impide al individuo la realización de las actividades de la vida diaria.

El cuidador principal es aquella persona que asume la responsabilidad integral de la atención y cuidado del paciente con Alzheimer.

En ocasiones, esta atención sobrepasa la propia capacidad física y mental del cuidador, conformando un evento estresante crónico, dando lugar a la denominada sobrecarga del cuidador. Esta sobrecarga tiene fuertes repercusiones sobre el receptor de los cuidados dando lugar a situaciones de claudicación o abandono del cuidado, institucionalización etc. Estas repercusiones ocasionan un elevado coste en el sector público y privado, hospitales o residencias.

Para reducir el impacto del Alzheimer se considera imprescindible ofrecer una formación completa acerca de esta patología a la población general, especialmente a los cuidadores.

Una mayor implicación de estos puede favorecer su diagnóstico precoz, aumentando su esperanza y calidad de vida. Sería recomendable realizar técnicas de educación sanitaria a los familiares de enfermos de Alzheimer ya que son una importante red de apoyo.

Los métodos que se han utilizado para identificar problemas, priorizar, evaluar las causas y proponer acciones de mejora han sido Brainstorming y Grupo Nominal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1093

1. TÍTULO

DETECCION E INTERVENCION DE LASOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general: Detectar el grado de sobrecarga del cuidador principal en el Centro de Salud de Calaceite e intervenir para disminuirla, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida.

Objetivos específicos:

- Medir el grado de sobrecarga subjetiva sentida por el cuidador mediante la escala de valoración de Zarit (< 47 puntos: no sobrecarga, 47-55: sobrecarga leve y > 55: sobrecarga intensa).
- Conocer las vivencias y preocupaciones de los cuidadores principales.
- Diseñar un programa psicoterapéutico según las necesidades de los cuidadores para formales y ayudarles en el cuidado.

MÉTODO

- Búsqueda bibliográfica en bases de datos biomédicas acerca de la sobrecarga del cuidador y cuidados de los enfermos de Alzheimer.
- Identificar a los familiares de enfermos de Alzheimer del Centro de Salud de Calaceite para seleccionar los participantes del proyecto.
- Contactar con los participantes por teléfono, explicarles la finalidad del estudio y solicitar su consentimiento informado.
- Realizar una entrevista semiestructurada y aplicar la escala de Zarit.
- Transcribir y codificar los datos obtenidos en la escala y entrevista mediante los programas estadísticos SPSS y MXQDA.
- Diseñar el programa psicoterapéutico.
- Realizar 5 talleres a cuidadores relacionados con: manejo de úlceras por presión, fomento de la salud del cuidador, técnicas de alimentación y eliminación, estrategias para el control de impulsos y manejo de la medicación, recursos sociales comunitarios disponibles.
- Realizar de nuevo la escala de Zarit al finalizar los talleres.
- Analizar los resultados de las escalas de Zarit al inicio y final del proyecto.

INDICADORES

- N° de cuidadores participantes en el programa*100/N° cuidadores seleccionados. Estándar 100%.
- N° de cuidadores a los que aplicamos la escala de Zarit tras los talleres*100/N° de cuidadores a los que aplicamos el Zarit previo a los talleres. Estándar 100%.
- N° de talleres realizados*100/ N° de talleres programados. Estándar 100%.
- N° de cuidadores con una puntuación de Zarit < 47 previo a los talleres *100/N° de cuidadores seleccionados. Estándar 100%.
- N° de cuidadores con una puntuación de Zarit < 47 después de los talleres *100/N° de cuidadores que permanecen en el proyecto. Estándar 100%.
- N° de cuidadores con una puntuación de Zarit entre 47-55 previo a los talleres *100/N° de cuidadores seleccionados.
- N° de cuidadores con una puntuación de Zarit entre 47-55 después de los talleres *100/N° de cuidadores que permanecen en el proyecto.
- N° de cuidadores con una puntuación de Zarit > 55 previo a los talleres *100/N° de cuidadores seleccionados.
- N° de cuidadores con una puntuación de Zarit > 55 después de los talleres *100/N° de cuidadores que permanecen en el proyecto.

DURACIÓN

El proyecto se está desarrollando con continuidad durante 2018 y se realizará su medición a final de año.

- Búsqueda bibliográfica: enero de 2018.
- Identificar y contactar con los familiares de enfermos de Alzheimer: febrero-marzo de 2018.
- Seleccionar del Centro de Salud de Calaceite los cuidadores para el proyecto: abril-mayo de 2018.
- Solicitar la firma del consentimiento informado para participar en el estudio: mayo de 2018.
- Realizar la entrevista y aplicar la escala de Zarit a cada cuidador: mayo-junio de 2018.
- Transcribir los datos mediante los programas SPSS y MXQDA: julio de 2018.
- Diseñar el programa psicoterapéutico: agosto de 2018.
- Realizar los 5 talleres grupales: septiembre-octubre-noviembre de 2018.
- Aplicar de nuevo la escala de Zarit a los cuidadores tras los talleres formativos: noviembre de 2018.
- Analizar los resultados mediante los indicadores y formular propuestas de mejora: noviembre-diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1093

1. TÍTULO

DETECCION E INTERVENCION DE LASOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1140

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CS CALANDA

Fecha de entrada: 07/03/2019

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.
BARDAJI RUIZ BEATRIZ
LLORCA CAMARASA MIGUEL
MARCELIN JEAN ELIE
COSTA MONTAÑES ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se realiza sesión clínica donde se explica como iniciar la búsqueda activa de fumadores y subsidiarios de espirometrías.
2. Se pone en conocimiento de todos los componentes del EAP la consulta monográfica sobre espirometrías, y cómo, tras realizar la espirometría hay que registrar correctamente los resultados.
3. Se han realizado 100 espirometrías durante el año 2018 y 14 que no han acudido a la cita programada, de las cuales se han realizado 45 a fumadores y 55 a pacientes con otras patologías.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Prevalencia EPOC:
- Mayo 2018 = 2,93%
- Diciembre 2018 = 3,24%
2. EPOC síntomas:
- Mayo 2018 = 45,16%
- Diciembre 2018 = 61,76%
3. EPOC vías aéreas:
- Mayo 2018 = 45,16%
- Diciembre 2018 = 61,76%
4. % de pacientes fumadores entre 40-80 años con espirometría realizada en los últimos cinco años:
Diciembre 2018 = 21,75%
Diciembre 2019 = 30,47%
Según datos del cuadro de mandos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante 2018 hemos mejorado todos los indicadores propuestos.
Contrasta el hecho de que habiéndose realizado 100 espirometrías durante 2018, el indicador de cobertura de espirometrías solo ha subido un 8,72% por lo que nos planteamos que no se está registrando el resultado de las espirometrías en el DGP correspondiente sino en campo texto, lo que infraestima nuestros resultados.
La prevalencia de EPOC ha aumentado moderadamente, aunque por encima de los resultados del sector. Seguimos estando muy lejos de los resultados del estudio EPISCAN.
Debemos continuar en esta línea ascendente e intentar aumentar el número de espirometrías en los fumadores, además de insistir en la correcta forma de registrar los datos obtenidos esperando mejorar los datos el año próximo

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1140 ===== ***

Nº de registro: 1140

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA

Autores:
FERRANDO AZNAR CLARA, MARCELIN JEAN ELIE, LLORCA CAMARASA MIGUEL, BARDAJI RUIZ BEATRIZ, COSTA MONTAÑES ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1140

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CS CALANDA

Línea Estratégica : EPOC
Tipo de Objetivos : Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define por la presencia de una limitación crónica y no reversible al flujo aéreo, debida principalmente al humo del tabaco. El programa de atención a dicha enfermedad se enmarca en las líneas prioritarias que el Departamento de Sanidad desarrolla para potenciar actuaciones sanitarias en enfermedades de gran incidencia con elevada carga social y económica sobre la población. El estudio EPI-SCAN (2009) habla de una prevalencia en España de un 10,2% en la población entre 40 y 80 años. En nuestro centro, en diciembre del 2017, solo un 2,89% de la población en esa franja de edad estaban diagnosticados de EPOC, según datos del cuadro de mandos del Acuerdo de Gestión. Asimismo durante el año 2017 se ha iniciado en el CS de Calanda una consulta monográfica de realización de espirometrías tras la adquisición de un espirómetro electrónico que realiza el personal de enfermería. Con el presente proyecto se va a incrementar el diagnóstico precoz de la EPOC a través de la implementación de una consulta de espirometrías en la que además se realice la valoración individualizada del paciente con dicha enfermedad

RESULTADOS ESPERADOS

Alcanzar objetivos de prevalencia de EPOC en el Centro de Salud de Calanda mayores que los conseguidos a finales del año 2017.
Poner en conocimiento de todos los profesionales del CS la consulta monográfica de espirometrías, así como la captación y citación de los pacientes, realización de la prueba y registro correcto de resultados en OMI.
Aumentar el porcentaje de pacientes EPOC con registro de sintomatología respiratoria y/o registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas.

MÉTODO

Captación activa de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a través de emisión de listados por profesional en OMI.

Creación de nueva agenda en OMI para la realización exclusiva de espirometrías.

Formación activa a través de sesiones clínicas de los profesionales del CS.

Valoración individualizada del paciente EPOC en dicha consulta monográfica y en consultas médicas y de enfermería del CS, incluyendo registro de sintomatología respiratoria y/o registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas. Así mismo se valorará la correcta pauta vacunal acorde a dicho paciente (Gripe, Neumococo...) y se recordará al paciente la necesidad de vacunarse en la próxima campaña antigripal.

Transmisión de los resultados espirométricos por parte del profesional de enfermería encargado de la realización de las espirometrías al profesional médico para registrar correctamente los datos en OMI a través de las plantillas correspondientes.

Realización de una consulta no presencial para transmitir al paciente el resultado de la prueba.

INDICADORES

1. N° de pacientes fumadores entre 40 y 80 años en los que se ha realizado la espirometría.

Fuente: OMI.

Estandar: 70%

2. Prevalencia EPOC: población de entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC entre la población asignada entre 40 y 79 años.

Fuente: cuadro de mandos de Acuerdo de Gestión.

Estandar: 3,8%

3. EPOC- Síntomas respiratorios: Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el periodo de evaluación.

Fuente: cuadro de mandos de Acuerdo de Gestión

Estandar: 55 %

4. EPOC- Higiene de vías aéreas: Porcentaje de paciente con diagnóstico EPOC y registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas en el periodo de evaluación.

Fuente: cuadro de mandos de Acuerdo de Gestión

Estandar: 55%

DURACIÓN

Mayo 2018: Reunión con profesionales del CS para iniciar la búsqueda activa y poner en conocimiento el proyecto.

Mayo 2018: Realización de sesiones formativas en el CS sobre espirometría y protocolo diagnóstico EPOC.

Desde Mayo 2018 hasta Diciembre 2018: citación escalonada en consulta monográfica de espirometría y obtención de resultados.

Diciembre 2018: Valoración de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1140

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CS 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 - 2018/1159

1. TÍTULO

TALLER DE FORMACION BASICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

Fecha de entrada: 27/02/2019

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.
FERRANDO AZNAR CLARA
CHAMOCHO OLMOS ELVIRA
MARCELIN JEAN ELIE
JUNCOSA OLIVERA DANIEL
JUNCOSA FANTOVA FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan sesiones, con una media de 10 alumnos en cada una de ellas, de una duración aproximada de 60 minutos, en las que se incluye:

- Proyección de power point con teoría básica de las técnicas de RCP y situaciones de emergencia básicas (atragantamiento y posición lateral de seguridad)
- Taller práctico con maniqués preparados para entrenamiento de las maniobras, donde practican RCP para legos y Posición Lateral de seguridad, afianzando conocimientos adquiridos en la sesión teórica
- Realización de un caso práctico con situaciones que pueden ocurrir en la vida real, intentando que sean capaces de resolverlas y, sobre todo, de pedir ayuda al 112 y seguir instrucciones.

Las sesiones se realizan según el siguiente cronograma:

- 10 Enero 2019: 40 alumnos
- 1ª sesión 3º A ESO 11 alumnos
 - 2ª sesión 3º PMAR 8 alumnos
 - 3ª sesión 3ª A y B 12 alumnos
 - 4ª sesión 3ª B 12 alumnos
- 11 Enero: 34 alumnos
- 1ª sesión: Alumnado de FPB 11 alumno
 - 2ª sesión 4ª A 7 alumnos
 - 3ª sesión 4º A 10 alumnos
- 14 Enero: 33 alumnos
- 1ª sesión: 4º A Y B: 11 alumnos
 - 2ª sesión: 4º B: 11 alumnos
 - 3ª sesión: 4º B: 11 alumnos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A. Valoración de las sesiones:

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

1. Duración actividad: 46,92% puntúan con un 5
 2. Expectativas cubiertas: 75,48% puntúan con 5
 3. Utilidad: 69,36% puntúan con 5
 4. Material del curso: 82,16% puntúan con 5
 5. Formador: 82,16% puntúan con 5
 6. Valoración del curso en general: 77,7% puntúan con 5; un 24,48% con 4
- B. Con respecto al caso práctico el 90% de los alumnos fueron capaces de resolver los casos prácticos planteados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El desarrollo de esta actividad ha sido satisfactoria para los alumnos y ha conseguido aumentar los conocimientos y las habilidades de los mismos. En general las sesiones fueron calificadas como entretenidas y educativas, sorprendiéndose de sus propias capacidades para poder salvar una vida.

El punto menos valorado fue la duración, muchos hicieron comentarios sobre que les hubiera gustado que fuera algo más larga, para poder practicar algo más.

La lección aprendida para el año que viene será la duración de las sesiones, se intentarán aumentar a dos horas por grupo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1159 ===== ***

Nº de registro: 1159

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1159

1. TÍTULO

TALLER DE FORMACION BASICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

TALLER DE FORMACION BASICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

Autores:

BARDAJÍ RUIZ BEATRIZ, FERRANDO AZNAR CLARA, CHAMOCHO OLMOS ELVIRA, MARCELIN JEAN ELIE, JUNCOSA OLIVERA DANIEL, JUNCOSA FANTOVA FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS Y EMERGENCIAS
Línea Estratégica : Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos : Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: EDUCACION PARA LA SALUD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La parada cardiorrespiratoria es la principal causa de muerte tanto a nivel nacional como internacional. La cardiopatía isquémica provoca más de un millón de muertes al año y la tendencia va en aumento.

En España los paros cardíacos extrahospitalarios son un problema de primera magnitud para la salud pública, estimándose que cada año se producen más de 24.500, lo que equivale a una media de un paro cardíaco cada 20 minutos.

El 60% de estos paros cardíacos se producen en presencia de testigos, amigos o familiares. Se conoce que si los testigos iniciaran las maniobras de RCP, las probabilidades de sobrevivir al evento podían incrementarse hasta en 5 veces; de hecho, por cada minuto de retraso en el inicio de las maniobras de RCP, disminuyen entre un 8 y un 10% las posibilidades de supervivencia de las víctimas de parada cardíaca. Y no se trata solo de salvar vidas: una RCP bien efectuada reduce considerablemente las secuelas neurológicas que podría tener una parada cardiorrespiratoria.

RESULTADOS ESPERADOS

La lucha para revertir estos datos requiere, necesariamente, trasladar a la población los conocimientos y técnicas básicas en reanimación cardiovascular. Es muy importante que toda la población esté concienciada y conozca la cadena de supervivencia para así poder actuar correctamente, poniendo en marcha de forma precoz los primeros eslabones, que consisten en el reconocimiento de la emergencia, activación de los servicios de emergencias y realización de las técnicas de RCP.

El 100% de la sociedad ha de cumplir la obligatoriedad de escolarización hasta la edad de 16 años, esto convierte a los estudiantes en la población diana ideal para el aprendizaje de las técnicas de resucitación cardiopulmonar por varios motivos:

- Los jóvenes, a diferencia de los adultos, son más asequibles, retienen mejor los conocimientos y habilidades adquiridas, ya que es la etapa de la vida con mayor capacidad de aprendizaje, y estos conocimientos son más duraderos en el tiempo.
 - Se motivan con facilidad, lo que significa que los conocimientos y habilidades transmitidas, no solo llega a la población diana, sino también a su entorno: padres, hermanos, amigos, etc.
- Desde el IES de Calanda nos demandan la posibilidad de realizar alguna actividad sobre RCP y primeros auxilios para los alumnos más mayores, chicos de 3º y 4º de la ESO. Tras comentarles la idea del proyecto les parece muy interesante y educativo.

MÉTODO

- Realizar sesiones, con 10 alumnos en cada una de ellas, de una duración aproximada de 50-55 minutos, hasta completar el número de alumnos existentes en 3º y 4º de la ESO.
- Proyección de power point con teoría básica de las técnicas de RCP y situaciones de emergencia básicas (atragantamiento y posición lateral de seguridad).
- Taller práctico con maniquí preparado para entrenamiento de las maniobras, por parte de los alumnos, de una forma activa.

INDICADORES

- Al final de los talleres se expondrá algún caso práctico para que sea resuelto por los alumnos y poder evaluar los conocimientos adquiridos.
- Cuestionario satisfacción de la actividad

DURACIÓN

- La duración del proyecto dependerá de la cantidad de alumnos de 3º y 4º de la ESO del curso escolar de realización, contando que en cada sesión habrá 10 alumnos, para que todos puedan participar en la práctica con maniquí.
- El proyecto se realizará durante el curso escolar, con la idea de que sea un proyecto que se realice todos los años para los chicos de 3º y 4º. Así podemos mantener una continuidad en la formación a los estudiantes sobre conocimientos básicos en RCP.
- Empezaremos en el curso 2018-2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1159

1. TÍTULO

TALLER DE FORMACION BASICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1388

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES DESDE LA INFANCIA. CENTRO DE SALUD CALANDA Y MAS DE LAS MATAS

Fecha de entrada: 16/03/2019

2. RESPONSABLE ROSA COSTA MONTAÑES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SUSO FERNANDEZ MARTA
PIQUER GOMEZ ANA
CHAMOCHO OLMOS ELVIRA
GAUTIER ALFARO YOLANDA
LLORCA CAMARASA MIGUEL
VICENTE PEREZ CARMEN MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- ACTIVIDADES CON EL PERSONAL:

A) Formación de enfermera de pediatría.

- Curso de lactancia materna. Hospital de Alcañiz.
- Curso educador de masaje infantil. A.E.M.I. Barcelona del 6 al 9 de diciembre 2019.

B) Reuniones con la matrona del centro y asistencia a la última clase de preparación al parto. Acordamos promocionar la lactancia materna como alimento principal del lactante y el niño pequeño, así como la importancia de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses.

C) Siguiendo las recomendaciones de la AEP (Asociación Española de Pediatría), se crea una guía de alimentación del lactante:

- Lactancia materna y/o fórmula hasta los 6 meses;
- Introducción de alimentos a los 6 y 9 meses, siempre de uno en uno, fomentando las papillas, purés, hasta llegar a alimentos sólidos.
- Continuar con leche materna y/o fórmula.

Y el objetivo principal, que a los 12 meses el niño haya introducido todos los alimentos y texturas.

2.- ACTIVIDADES CON LAS MADRES.

- En la primera visita a las 48 horas del alta hospitalaria, el objetivo fundamental es presenciar una toma, para apoyar a la madre en todas la dudas y problemas que le puedan surgir, apoyo tanto a la lactancia materna como a la artificial.
- La introducción de la alimentación complementaria se realiza en la revisión de los 5 ó 6 meses y en la de los 9 meses, dando las pautas de introducción por escrito.
- Se ha creado una página de Facebook (-Mas de las Matas).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nuestra página del Facebook tiene más de 300 seguidores, que interactúan de forma frecuente. Las madres en la consulta refieren que la siguen y que les parece interesante.

De 28 niños nacidos en el año 2018:

22 son mayores de 6 meses

- lactancia exclusiva hasta los 6 meses 12 niños
- Lactancia hasta los 9 meses: 6 niños
- Lactancia hasta el año, y todavía continúan: 4 niños

6 son menores de 6 meses:

- 4 tienen lactancia materna exclusiva
- 1 tiene lactancia mixta
- 1 tiene lactancia artificial por ingreso hospitalario de la madre.

De 29 niños:

24 iniciaron lactancia materna exclusiva, de los cuales:

- 4 introdujeron la fórmula al primer mes;
- 7 a los dos meses;
- 1 al cuarto mes, y
- 3 al sexto mes.

De los otros 5 niños:

- 2 empiezan con fórmula
- 3 empiezan con lactancia mixta por ingresos hospitalarios de las mamás. Una de ellas sigue con lactancia mixta a los 7 meses. Las otras 2, con fórmula desde los dos meses.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A) La lactancia materna se afianza durante la primera semana y el primer mes, las madres que tuvieron que ayudar con fórmula, pocas consiguieron mantener una lactancia mixta hasta los 6 meses. Con lo cual nuestro apoyo y ayuda se debe aportar en los primeros 15 días de vida del bebé, para afianzar la lactancia.

B) Este proyecto nació para promocionar hábitos saludables de alimentación y vida. El curso de masaje infantil lo realicé para atraer a las madres a una actividad bonita, y en esos talleres fomentar hábitos saludables. En el curso de masaje infantil me di cuenta que si era importante alimentar el cuerpo, tan importante es alimentar la mente de forma saludable. Qué mejor manera, crear un vínculo y un apego seguro que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1388

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES DESDE LA INFANCIA. CENTRO DE SALUD CALANDA Y MAS DE LAS MATAS

sea capaz de hacer niños empáticos, queridos, respetuosos y llenos de amor por los demás. Y esto nos hace responsables de la salud emocional de la primera infancia

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1388 ===== ***

Nº de registro: 1388

Título
PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES DESDE LA INFANCIA EN EL C.S DE CALANDA Y EL C.S DE MAS DE LAS MATAS

Autores:
COSTA MONTAÑES ROSA MARIA, SUSO FERNANDEZ MARTA, PIQUER GOMEZ ANA, AZNAR DELCAZO MARIA ISABEL, CHAMOCHO OLMOS ELVIRA, GAUTHIER ALFARO YOLANDA, VICENTE PEREZ CARMEN MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Niño sano
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Promoción de la salud consiste en proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre la misma
Según informes recientes existen patologías prevalentes y no transmisibles como la enfermedad isquémica cardiaca, la diabetes mellitus tipo 2 y la fractura de cadera por osteoporosis que generan un gran gasto sanitario. Gasto que podría verse reducido en más de un 50% si desaparecieran los factores de riesgo modificables en cada caso. Creemos que para mejorar o corregir estos factores de riesgo lo mejor es comenzar desde la base educando en salud desde el inicio de la vida y junto con esto hacer acciones dirigidas a los padres, familia y comunidad. Para ello queremos realizar un proyecto secuencial que comience con la promoción para la salud desde el nacimiento (incluso embarazo) y vaya creciendo con los niños.

RESULTADOS ESPERADOS

Crear un blog del servicio de pediatría y página en redes sociales con información de hábitos saludables, de las actividades que se realicen como punto de apoyo en el contacto con los padres para intentar evitar el problema de la dispersión geográfica.
Concienciar a los pacientes de la importancia de la alimentación, la prevención de accidentes y la higiene entre otras desde el inicio de la vida para fomentar una vida sana
Mejorar los conocimientos de los padres (desde el embarazo) y más adelante de los niños en hábitos saludables.
Promocionar la lactancia materna y una correcta introducción de la alimentación complementaria favoreciendo una alimentación variada y saludable.

MÉTODO

Actividades del personal

Reuniones con el equipo para valorar los contenidos mas necesarios en el blog y las redes sociales y creación de los mismos.
Formación del personal de pediatría en Lactancia materna.
Reuniones con la matrona para captación de embarazadas en 3º trimestre y consensuar una formación similar en ambas consultas.
Creación de una guía de introducción de alimentación complementaria.
Captación de pacientes en primera visita del recién nacido a la consulta de pediatría.
Realizar sesiones con el resto de equipo de los centro de salud sobre lactancia materna y promoción de la misma

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1388

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES DESDE LA INFANCIA. CENTRO DE SALUD CALANDA Y MAS DE LAS MATAS

Actividades con las madres

Difundir el blog y la página en redes sociales entre las madres para que puedan contactar con nuestro servicio y estén al tanto de las actividades desarrolladas.
Educación grupal en talleres con madres para promoción de lactancia materna, prevención de accidentes, cuidados habituales en la infancia y alimentación entre otros.
Asesoramiento en la consulta de manera individual según necesidades.

INDICADORES

Valoración de la lactancia materna exclusiva a los 0-2-4-6 meses de edad
Participación en talleres grupales
Encuesta de satisfacción e interés en hábitos saludables al inicio, a los 6 meses y al año.
Guía de alimentación complementaria redactada antes de Enero 2019
Seguimiento del blog y las redes sociales e interacción a través de ellas.

DURACIÓN

Formación en lactancia materna del personal en junio 2018
Captación de pacientes nacidos a partir de Junio de 2018
Inicio de los talleres de promoción de la lactancia materna y otros hábitos saludables (al menos uno al mes) en Julio de 2018
Inicio de los talleres de promoción de alimentación complementaria y nutrición y otros hábitos saludables (al menos uno al mes) en Enero de 2019
Reuniones de equipo para redacción de la guía de alimentación complementaria de en segundo semestre de 2018
Sesiones en los centros de salud sobre lactancia materna en segundo semestre 2018.
Reuniones equipo y creación del blog y página en redes sociales en tercer trimestre de 2018

OBSERVACIONES

Es un proyecto a largo plazo. Cada año iremos ampliando la edad de la población diana con nuevos talleres y proyectos manteniendo los realizados hasta el momento.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1388

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ROSA COSTA MONTAÑES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SUSO FERNANDEZ MARTA
DELGADO MONJE ANGELA
TORO SEGOVIA MARITZA
BUIL TEJERO BEATRIZ
DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES
LLORCA CAMARASA MIGUEL
GAUTIER ALFARO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A) COMO EQUIPO

1.- el primer semestre, la matrona inician talleres de crianza, tenemos varias reuniones para hacer una distribución de los temas a tratar, así como de los horarios, para no tratar los mismos temas ni tampoco coincidir en horarios .

2.- se ha terminado de elaborar la guía de alimentación complementaria hasta los 12 meses, siguiendo las pautas y recomendaciones de la AEP (Asociación Española de Pediatría) y también en acuerdo con otros Centros de Salud del Sector, para dar todos las mismas pautas.

B) CON LAS MADRES Y FAMILIAS

1 -Como apoyo e intervención en lactancia materna:

a- pediatría participa en la última clase de preparación al parto. Para conocer a los futuros padres e insistir en la importancia de acudir a consulta de pediatría, a las 48 horas del alta hospitalaria.
b- primera consulta a las 48 horas del alta hospitalaria, entrevista con los padres, observar la toma, peso del bebe y sobretodo apoyo, tranquilidad y confianza para acudir a nosotros ante cualquier duda.

2 -Para fomentar una crianza sana y respetuosa, se comienza los cursos de masaje infantil, abiertos a todas las familias, independientemente del tipo de crianza que elijan.

Son 5 sesiones, una a la semana de 1,15 minutos de duración aproximadamente, en cada sesión se enseñan movimientos para hacer masaje en las distintas partes del cuerpo del bebe, se tratan temas de la importancia del tacto nutritivo, del apego, los estados de comportamiento del bebe, el respeto y la ternura, el empoderamiento de la familia, y también un tema relacionado con hábitos sanos en la familia, como alimentación complementaria, necesidad de vacunar, prevención de accidentes, cepillado de dientes, cuidado de la piel, y los diferentes temas que surjan de debate en el grupo, y de interés para las madres.

3 - Para informar a las familias seguimos con nuestra página de facebook, ampliada este año a Centro de Salud de Cantavieja, y se ha creado un bloj recientemente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1- EN LACTANCIA:

En el año 2019, han nacido en Calanda 38 niños, las cifras de lactancia materna son:

niños de 7 a 12 meses, tenemos 15, de los cuales 12 siguen todavía con lactancia materna. Esos 12 tuvieron lactancia exclusiva hasta los 6 meses.

Niños de 6 meses, tenemos 5, 3 tienen lactancia exclusiva.

Niños de 4 meses, tenemos 7, 5 con lactancia exclusiva, 1 con lactancia mixta y 1 con lactancia artificial (como dato importante, nació en hospital privado y tardo 15 días a tener cita en nuestra consulta)

niños de 2 meses, tenemos 6, 4 con lactancia exclusiva, 1 mixta y 1 artificial(también cabe reseñar que comenzó con lactancia maternala madre tuvo problemas en el post parto y la niniña engordaba muy poco, aúnasí, durante el primer mes, fue mixta)

niños de 1 mes, tenemos 5, 3 con lactancia exclusiva y 2 con mixta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1388

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES

De los niños que nacieron en 2018, un total de 30 actualmente en nuestro cupo 11 siguen con lactancia materna, y 7 de esos niños son mayores de 18 meses.

2- EN LAS SESIONES DE MASAJE INFANTIL:

Un total de 20 bebés con sus madres han acudido a las sesiones de masaje infantil, solo 10 familias han acudido al curso completo de las 5 sesiones, el resto de familia acudía de forma intermitente.

3,- EN REDES :

Nuestra página de facebook tenemos mas de 400 seguidores, sirve como medio para informar a los padres de novedades, horarios de consulta, cambios etc y también es un canal abierto para preguntas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A- la lactancia materna se afianza en el primer mes de vida del bebé, el apoyo a la madre, la facilidad para acudir a nosotras cuando lo necesite y la posibilidad de controlar el peso del niño en consulta cada 2 días si es necesario, da tranquilidad a la madre y le quita la presión del entorno, lo que favorece afianzar la lactancia, y lactancias que comienzan siendo mixtas acaban en exclusiva. Estamos muy satisfechas de nuestras cifras de lactancia materna al año y a los dos años, además de los objetivos del proyecto.

B.- respecto a las sesiones de masaje infantil, han sido muy gratificantes, el primer grupo comenzó con bebés de 6 meses, pero a las madres les resulta difícil acudir por temas laborales, los siguientes comenzaron a las 4/6 semanas aprovechando así la baja maternal. Resulta complicado que puedan acudir a todas las sesiones y seguir un programa tan estructurado, por lo que se va a elaborar un nuevo proyecto en colaboración con la matrona, para realizar talleres de crianza conjuntos, pero de forma continuada todas las semanas, una semana dará el taller la matrona y otra la enfermera de pediatría.

c- respecto a las hojas de satisfacción, resulta difícil pasarlas en cada sesión, y también que recuerden traerlas si se las llevan a casa, si les hice un tipo de encuesta final de las 5 sesiones que no todas respondieron. Los que mas les gusto:

conocer a otras madres y poder compartir experiencias
aprender técnicas para relajar al bebé y relajarse ellas
la importancia del contacto y las caricias en los bebés
el ambiente y el lugar donde se realizaba el curso

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1388 ===== ***

Nº de registro: 1388

Título
PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES DESDE LA INFANCIA EN EL C.S DE CALANDA Y EL C.S DE MAS DE LAS MATAS

Autores:
COSTA MONTAÑES ROSA MARIA, SUSO FERNANDEZ MARTA, PIQUER GOMEZ ANA, AZNAR DELCAZO MARIA ISABEL, CHAMOCHO OLMOS ELVIRA, GAUTHIER ALFARO YOLANDA, VICENTE PEREZ CARMEN MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1388

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Niño sano
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Promoción de la salud consiste en proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre la misma
Según informes recientes existen patologías prevalentes y no transmisibles como la enfermedad isquémica cardiaca, la diabetes mellitus tipo 2 y la fractura de cadera por osteoporosis que generan un gran gasto sanitario. Gasto que podría verse reducido en más de un 50% si desaparecieran los factores de riesgo modificables en cada caso. Creemos que para mejorar o corregir estos factores de riesgo lo mejor es comenzar desde la base educando en salud desde el inicio de la vida y junto con esto hacer acciones dirigidas a los padres, familia y comunidad. Para ello queremos realizar un proyecto secuencial que comience con la promoción para la salud desde el nacimiento (incluso embarazo) y vaya creciendo con los niños.

RESULTADOS ESPERADOS

Crear un blog del servicio de pediatría y página en redes sociales con información de hábitos saludables, de las actividades que se realicen como punto de apoyo en el contacto con los padres para intentar evitar el problema de la dispersión geográfica.
Concienciar a los pacientes de la importancia de la alimentación, la prevención de accidentes y la higiene entre otras desde el inicio de la vida para fomentar una vida sana
Mejorar los conocimientos de los padres (desde el embarazo) y más adelante de los niños en hábitos saludables.
Promocionar la lactancia materna y una correcta introducción de la alimentación complementaria favoreciendo una alimentación variada y saludable.

MÉTODO

Actividades del personal

Reuniones con el equipo para valorar los contenidos mas necesarios en el blog y las redes sociales y creación de los mismos.
Formación del personal de pediatría en Lactancia materna.
Reuniones con la matrona para captación de embarazadas en 3º trimestre y consensuar una formación similar en ambas consultas.
Creación de una guía de introducción de alimentación complementaria.
Captación de pacientes en primera visita del recién nacido a la consulta de pediatría.
Realizar sesiones con el resto de equipo de los centro de salud sobre lactancia materna y promoción de la misma

Actividades con las madres

Difundir el blog y la página en redes sociales entre las madres para que puedan contactar con nuestro servicio y estén al tanto de las actividades desarrolladas.
Educación grupal en talleres con madres para promoción de lactancia materna, prevención de accidentes, cuidados habituales en la infancia y alimentación entre otros.
Asesoramiento en la consulta de manera individual según necesidades.

INDICADORES

Valoración de la lactancia materna exclusiva a los 0-2-4-6 meses de edad
Participación en talleres grupales
Encuesta de satisfacción e interés en hábitos saludables al inicio, a los 6 meses y al año.
Guía de alimentación complementaria redactada antes de Enero 2019
Seguimiento del blog y las redes sociales e interacción a través de ellas.

DURACIÓN

Formación en lactancia materna del personal en junio 2018
Captación de pacientes nacidos a partir de Junio de 2018
Inicio de los talleres de promoción de la lactancia materna y otros hábitos saludables (al menos uno al mes) en Julio de 2018
Inicio de los talleres de promoción de alimentación complementaria y nutrición y otros hábitos saludables (al menos uno al mes) en Enero de 2019
Reuniones de equipo para redacción de la guía de alimentación complementaria de en segundo semestre de 2018
Sesiones en los centros de salud sobre lactancia materna en segundo semestre 2018.
Reuniones equipo y creación del blog y página en redes sociales en tercer trimestre de 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1388

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES

OBSERVACIONES

Es un proyecto a largo plazo. Cada año iremos ampliando la edad de la población diana con nuevos talleres y proyectos manteniendo los realizados hasta el momento.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0432

1. TÍTULO

USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA (FAA) Y EN OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) EN PEDIATRIA EN EL EAP CANTAVIEJA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL SANJUAN DOMINGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CANTAVIEJA
· Localidad CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA COLINAS ARANTZAZU

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los resultados obtenidos en el año 2017 en los indicadores de farmacia en pediatría en el EAP de Cantavieja (Uso de antibióticos en FAA en pediatría y uso de antibióticos en OMA en pediatría) no alcanzaron el mínimo exigido en el acuerdo de gestión clínica. Esta situación se dio también en el conjunto del Sector Alcañiz y en el Sector Teruel (al que estamos adscritos en Pediatría).

Después de analizar los motivos que hubiesen podido favorecer el incumplimiento, se detectó que los diagnósticos que indicaban los facultativos no siempre eran los correctos para esta patologías, ya que se utilizaban indistintamente para la FAA diagnósticos tipo Faringitis/amigdalitis estreptocócica, amigdalitis aguda, hipertrofia, infección ... Esto hacía que la extracción de datos no fuese fiable y que para poder analizar realmente el uso de antibióticos, se tuvieron que analizar todos los diagnósticos/tratamientos que llevaban asociados antibióticos y, perdiendo en ocasiones puntuales aquellos diagnósticos diferentes a FAA en los que no se ha prescrito antibiótico.

Nuestro objetivo ha sido estar en los rangos indicados por el cuadro de mandos de farmacia para ambos indicadores en diciembre de 2018; además de que se seleccionase el diagnóstico correcto en OMI.

Las actividades que se realizaron fueron las siguientes:

El 19 de febrero de 2018 en una reunión se presentó este proyecto al equipo de atención primaria. Partíamos del análisis de los datos que se realizaron en el mes de Diciembre de 2017.

En la sesión del 19 de febrero se explicó las indicaciones del Streptotest, así como su utilización.

Cada trimestre se han presentado los resultados obtenidos en el trimestre anterior de ambas patologías (FAA y OMA), y además en cada reunión se ha vuelto a recordar el tratamiento antibiótico de elección en cada patología.

El 19 de febrero de 2018 en una reunión se presentó este proyecto al equipo de atención primaria. Partíamos del análisis de los datos que se realizaron en el año 2017 en nuestro centro de salud, donde no llegamos al objetivo mínimo del acuerdo de gestión clínica. En concreto en la patología de FAA sólo el 61,9% de las prescripciones en pacientes pediátricos con FAA fue con antibióticos de primera elección (penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina), siendo el objetivo mínimo de 83,8%. Respecto a la patología de OMA el 60% de las prescripciones en pacientes pediátricos con FAA fue con antibióticos de primera elección (amoxicilina y amoxicilina/ácido clavulánico).siendo el objetivo mínimo 86,1%. Ese mismo día se dio una sesión clínica sobre FAA donde se explicó la clínica, los criterios Centor y McIsaac (en niños); las indicaciones del Streptotest y los pasos a seguir para su utilización. También se insistió en el tratamiento de elección de esta patología. También se explicó la OMA, su clínica y tratamiento antibiótico de elección.

A partir de estos datos de los que partíamos y de la formación recordando estas patologías, se fueron recogiendo los datos y realizando reuniones trimestrales donde se presentaban los datos obtenidos hasta ese momento, y se resolvían las dudas que podían surgir a los profesionales.

El día 9 de abril de 2018 en una reunión con el equipo se presentaron los datos obtenidos en el primer trimestre del año que fueron los siguientes. En FAA, hubo un total de 14 casos; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Faringitis/Amigdalitis estreptocócica en un 50% de los casos (7 casos), y en el resto, 50%, se seleccionó el caso de Amigdalitis aguda. En cuanto al tratamiento, se pautó amoxicilina en el 71,42% de los pacientes (10 pacientes), en el resto (28,58%, 4 pacientes) otros antibióticos (amoxicilina/ácido clavulánico 1 paciente, azitromicina 2 pacientes y claritromicina 1 paciente). En OMA, hubo un total de 8 casos; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Otitis media/miringitis aguda en un 50% de los casos (4 casos), y el otro 50%, se seleccionó el caso de Otitis externa. En cuanto al tratamiento, se pautó amoxicilina/amoxicilina + ácido clavulánico en el 75% de los pacientes (6 pacientes), en el resto (25%, 2 pacientes) otros antibióticos (cefuroxima y azitromicina).

En este primer trimestre cabe destacar la mejoría de la elección del antibiótico, en el caso de FAA alcanzado un 71,42% (objetivo mínimo a alcanzar 83,8%) y en OMA alcanzando un 75% (objetivo mínimo a alcanzar 86,1%).

Los resultados del segundo trimestre se presentaron en una reunión que se realizó el 18 Julio de 2018. En FAA, hubo un total de 13 casos; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Faringitis/Amigdalitis estreptocócica en el 100% de los casos. En cuanto al tratamiento, se pautó amoxicilina en el 92,30% de los pacientes (12 pacientes), en el resto (7,7%, 1 paciente) se pautó amoxicilina/ácido clavulánico. En OMA, hubo un total de 3 casos; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Otitis media/miringitis aguda en el 100% de los casos (3 pacientes); en cuanto al tratamiento, se pautó amoxicilina/amoxicilina + ácido clavulánico en el 100% de los pacientes (3 pacientes)

Hay que señalar que en este segundo trimestre, aumentaron el objetivo mínimo a 86,44% el caso de FAA y a 88,10% en OMA. Respecto a FAA en el primer semestre de 2018 logramos alcanzar un 81,86% (objetivo mínimo a alcanzar 86,44%) y en OMA alcanzando un 87,5% (objetivo mínimo a alcanzar 88,1%).

Los resultados del tercer trimestre se presentaron en una reunión que se realizó el 22 octubre de 2018. En FAA, hubo un total de 15 casos; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Faringitis/Amigdalitis estreptocócica en un 80% de los casos (12 pacientes), y en el resto (20%) el diagnóstico de amigdalitis aguda. En cuanto al tratamiento, se pautó amoxicilina en el 86,66% de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0432

1. TÍTULO

USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA (FAA) Y EN OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) EN PEDIATRIA EN EL EAP CANTAVIEJA

pacientes (13 pacientes), en el resto (13,34%, 2 paciente) se pautó amoxicilina/ácido clavulánico. En OMA, hubo un 1 caso; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Otitis media/miringitis aguda (100%) y en cuanto al tratamiento se pautó amoxicilina/amoxicilina + ácido clavulánico (100%). En los primeros 9 meses del 2018 se logró alcanzar un 83,46% (objetivo mínimo a alcanzar 86,44%) y en OMA, se alcanzó un 91,66% (objetivo mínimo a alcanzar 88,1%). Los resultados del cuarto trimestre se presentaron en una reunión que se realizó el 18 de febrero de 2019, donde también se presentaron los resultados finales. En el cuarto trimestre, En FAA, hubo un total de 16 casos; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Faringitis/Amigdalitis estreptocócica en un 50% de los casos (8 casos), y en el resto, 50%, se seleccionó el caso de Amigdalitis aguda. En cuanto al tratamiento, se pautó amoxicilina en el 93,75% de los pacientes (15 pacientes), en el resto (6,25%, 1 paciente) amoxicilina/ácido clavulánico. En OMA, hubo un total de 6 casos; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Otitis media/miringitis aguda en un 50% de los casos (3 casos), en un 16,66% (1 caso) se seleccionó otitis externa, y en el resto (33,33%, 2 casos) otitis media. En cuanto al tratamiento, se pautó amoxicilina/amoxicilina + ácido clavulánico en el 66,66% de los pacientes (4 pacientes), en el resto azitromicina (2 casos, 33.34%). A lo largo del año 2018 cabe destacar la mejora de la elección del antibiótico, en el caso de FAA alcanzado un 86,03% (objetivo mínimo a alcanzar 86,44%) y en OMA alcanzando un 85,41% (objetivo mínimo a alcanzar 88,1%).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% prescripciones en pacientes pediátricos con FAA con antibióticos de primera elección (penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina): 86,03%. En 1 trimestre 71,42%, en 2 trimestre 92,30%, en 3 trimestre 83,46% y en 4 trimestre 93,75%.

% prescripciones en pacientes pediátricos con OMA con antibióticos de primera elección (amoxicilina y amoxicilina/ácido clavulánico): 85,41%. En 1 trimestre 75%, en 2 trimestre 100%, en 3 trimestre 100% y en 4 trimestre 66,66%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de que no hemos alcanzado el mínimo exigido en ambas patologías, aunque por muy poquito, en FAA hemos alcanzado un 86,03%, siendo el mínimo exigido un 86,44%; y en OMA hemos alcanzado un 85,41%, siendo el mínimo exigido un 88,10%; vamos por el buen camino ya que si comparamos los resultados con los obtenidos el año pasado (FAA 61,9%, OMA 60%) hemos mejorado mucho. Este proyecto ha tenido buena acogida por los profesionales de nuestro centro, y además los resultados tienen una mejora en el tratamiento de nuestros pacientes, por lo que es necesario seguir por este camino.

7. OBSERVACIONES.

Es una memoria finalizada

*** ===== Resumen del proyecto 2018/432 ===== ***

Nº de registro: 0432

Título
USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA (FAA) Y EN OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) EN PEDIATRIA EN EL EAP CANTAVIEJA

Autores:
SANJUAN DOMINGO RAQUEL, GARCIA COLINAS MIREN ARANTZATU

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: FAA y OMA
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los resultados obtenidos en el año 2017 en los indicadores de farmacia en pediatría en el EAP de Cantavieja (Uso de antibióticos en FAA en pediatría y uso de antibióticos en OMA en pediatría) no alcanzaron el mínimo exigido en el contrato de gestión. Esta situación se dio también en el conjunto del Sector Alcañiz y en el Sector Teruel (al que estamos adscritos en Pediatría).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0432

1. TÍTULO

USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA (FAA) Y EN OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) EN PEDIATRIA EN EL EAP CANTAVIEJA

Analizando los motivos que pueden favorecer el incumplimiento, detectamos que:

- Resulta complejo obtener los datos de consumo, ya que pertenecen a otro sector. A través de la farmacéutica de AP (FAP) los conseguimos y se pueden analizar, aunque sea manualmente.
 - Los diagnósticos que indican los facultativos no siempre son correctos para estas patologías, ya que se utilizan indistintamente para la FAA diagnósticos tipo Faringitis/amigdalitis estreptocócica, amigdalitis aguda, hipertrofia, infección ... Esto hace que la extracción de datos sea incorrecta y que para poder analizar realmente el uso de antibióticos, debamos analizar todos los diagnósticos/tratamientos que llevan asociados antibióticos y perdamos aquellos diagnósticos diferentes a FAA en los que no se ha prescrito antibiótico.
- Por lo que otro de nuestros objetivos es que se seleccione el diagnóstico correcto en OMI.

RESULTADOS ESPERADOS

Estar en los rangos indicados por el cuadro de mandos de farmacia para ambos indicadores en diciembre de 2018.

MÉTODO

1. Presentación del proyecto al EAP de Cantavieja en reunión de equipo. Primer trimestre 2018.
2. Formación en OMI-AP (diagnósticos). Primer trimestre 2018.
3. Sesiones clínicas en ambas patologías (FAA y OMA). Primer trimestre 2018.
 - a. Diagnóstico y tratamiento.
 - b. Uso del Streptotest en FAA.
 - c. Datos de prescripción EAP.
4. Trimestralmente, se informará al equipo de los resultados obtenidos en ambos indicadores, tal y como viene descrito en el contrato de gestión. En caso necesario, se planterarán junto con la FAP las acciones de mejora oportunas.
 - a. Uso de antibióticos en Faringoamigdalitis estreptocócica.
% prescripciones en pacientes pediátricos con FAA con antibióticos de primera elección (penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina).
 - b. Uso de antibióticos en Otitis media aguda.
% prescripciones en pacientes pediátricos con OMA con antibióticos de primera elección (amoxicilina y amoxicilina/ácido clavulánico).

INDICADORES

1. Presentación del proyecto al EAP de Cantavieja en reunión de equipo. Primer trimestre 2018.
2. Formación en OMI-AP (diagnósticos). Primer trimestre 2018.
3. Sesiones clínicas en ambas patologías (FAA y OMA). Primer trimestre 2018.
 - a. Diagnóstico y tratamiento.
 - b. Uso del Streptotest en FAA.
 - c. Datos de prescripción EAP.
4. Trimestralmente, se informará al equipo de los resultados obtenidos en ambos indicadores, tal y como viene descrito en el contrato de gestión. En caso necesario, se planterarán junto con la FAP las acciones de mejora oportunas.
 - a. Uso de antibióticos en Faringoamigdalitis estreptocócica.
% prescripciones en pacientes pediátricos con FAA con antibióticos de primera elección (penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina).
 - b. Uso de antibióticos en Otitis media aguda.
% prescripciones en pacientes pediátricos con OMA con antibióticos de primera elección (amoxicilina y amoxicilina/ácido clavulánico).

DURACIÓN

Primer Trimestre 2018
Difusión e información del proyecto al equipo de EAP.
Impartición sesiones clínicas.
Trimestralmente
Análisis de los datos, presentación al equipo y planteamiento/ejecución de acciones de mejora junto a la FAP.
Enero 2019
Análisis de los resultados obtenidos en ambos indicadores.
Elaboración de la memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0538

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

Fecha de entrada: 03/01/2019

2. RESPONSABLE CARMEN MARCO LOSTAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CANTAVIEJA
· Localidad CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PAULO FUERTES ROSARIO ANA
MENDAÑA PEREZ LUCIA PILAR
EDO MALLÉN JOSE MANUEL
VALLE LOBATON JUAN MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, por su prevalencia y por la elevada tasa de morbimortalidad y complicaciones crónicas que conlleva.

En el EAP Cantavieja no era frecuente realizar actividades de promoción de la salud, uno de los motivos era la dispersión poblacional, por lo que se tendía a realizar más actividades educativas a nivel individual. Pero tras una reunión del equipo de EAP, se creyó conveniente realizar esta educación grupal para reforzar la educación individualizada, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes y de forma secundaria, disminuir el consumo de recursos sanitarios.

La incorporación de la programas de la educación diabetológica, como parte fundamental del tratamiento para la DM, ha supuesto un cambio importante en la evolución de la enfermedad y ha demostrado un mejor control glucémico y una reducción de los costes sanitarios tras este tipo de intervenciones, aunque para ello se requiere que sean mantenidas en el tiempo.

Con este proyecto se quiso reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como mejorar el conocimiento de la diabetes en los enfermos crónicos, y conseguir un acercamiento con la población que atendemos. También quisimos implicar al paciente en una participación activa en el manejo diario de esta patología, que es primordial para un correcto manejo de la misma, y de sus complicaciones a corto y largo plazo.

Los objetivos que nos planteamos fueron los siguientes:

- Aumentar los conocimientos del paciente sobre la DM
- Dotar al paciente de las herramientas y recursos necesarios que promuevan el autocuidado y los hábitos de vida saludable
- Minimizar las complicaciones de la DM
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Evaluar la eficacia tomando como indicadores el aumento de conocimientos y la satisfacción de los participantes al terminarlo.
- Activación del EAP en relación con la mejora de calidad

Cada sesión constó de una exposición del tema a abordar por el profesional responsable mediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos, así como una parte práctica en la que el paciente pudo desarrollar las habilidades adquiridas. En las sesiones se favoreció el diálogo bidireccional tanto con los profesionales como con los pacientes asistentes, con la finalidad de intercambiar experiencias.

La captación de pacientes se realizó a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del centro de salud, zona de admisión y sala de espera. También se utilizó la captación activa de pacientes cuando acudieron por otros motivos a las consultas de medicina y enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se impartieron un total de cuatro sesiones consecutivas, realizadas semanalmente, las fechas y el personal que lo impartió fue el siguiente:

1 sesión: ¿Qué es la diabetes?. Fue impartida el día 28-Septiembre-2018 por Lucia Mendaña Perez. La asistencia fue de 8 pacientes.

2 sesión: Fármacos en diabetes. Fue impartida el día 5-October-2018 por Carmen Marco Lostal. La asistencia fue de 8 pacientes.

3 sesión: Complicaciones diabetes. Fue impartida el día 11-October-2018 por Lucia Mendaña Perez. La asistencia fue de 9 pacientes.

4 sesión: Alimentación y ejercicio físico. Fue impartida el día 19-octubre-2018 por Carmen Marco Lostal. La asistencia fue de 9 pacientes.

A los asistentes a las sesiones, se les realizó un test antes de iniciar la sesión para valorar sus conocimientos previos a la sesión, y el mismo test al finalizar la sesión, para evaluar los conocimientos adquiridos durante la misma. Cada test consistía en 5 preguntas, en las que se daba a elegir entre cuatro respuestas, siendo sólo una de ellas verdadera; la puntuación máxima, por lo tanto, era un 5.

Los indicadores fueron los siguientes:

Resultados Test previo a cada sesión:

1 sesión: 3,25

2 sesión: 2,85

3 sesión: 4,33

4 sesión: 3,66

Total: 3,52

Resultados Test posterior a cada sesión :

1 sesión: 4,25

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0538

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

2 sesión: 3,75
3 sesión: 5
4 sesión: 4,22
Total: 4,30

Al finalizar la última sesión se realizó una encuesta de satisfacción a todos los asistentes, para que valorasen en conjunto todas las sesiones realizadas. La media de los resultados obtenidos fue (escala puntuación: 1 puntuación mínima, 5 puntuación máxima):
La duración de la actividad ha sido: 5
La actividad formativa ha cubierto mis expectativas: 5
El contenido de la sesión ha sido útil: 5
He aprendido cosas nuevas: 5
Valoración general de la actividad: 4,6

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La educación grupal ha mejorado los conocimientos de la diabetes por nuestros pacientes, como se puede comprobar en la mejoría de la puntuación del test posterior a la realización del taller. Esta actividad ha tenido muy buena acogida por nuestros pacientes, como se puede comprobar en la encuesta de satisfacción. Los participantes en las sesiones mostraron su satisfacción por las sesiones realizadas, y expresaron su deseo de que se organizaran más actividades como la realizada, mostrando su interés en participar en futuros talleres. También de forma indirecta, también se ha conseguido implicar a los profesionales sanitarios de nuestro centro en actividad comunitaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/538 ===== ***

Nº de registro: 0538

Título
EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

Autores:
MARCO LOSTAL CARMEN, PAULO FUERTES ROSARIO ANA, EDO MALLÉN JOSE MANUEL, GOMEZ SILVESTRE MANUELA, CUCALON LAFUENTE MARCELINO, VALLE LOBATON JUAN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, por su prevalencia y por la elevada tasa de morbilidad y complicaciones crónicas que conlleva.

En el EAP Cantavieja no es frecuente realizar actividades de promoción de la salud, uno de los motivos es la dispersión poblacional, por lo que se tiende a realizar más actividades educativas a nivel individual. Pero tras una reunión del equipo de EAP, creemos conveniente realizar esta educación grupal para reforzar la educación individualizada, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes y de forma secundaria, disminuir el consumo de recursos sanitarios.

La incorporación de los programas de la educación diabetológica, como parte fundamental del tratamiento para la DM, ha supuesto un cambio importante en la evolución de la enfermedad y ha demostrado un mejor control glucémico y una reducción de los costes sanitarios tras este tipo de intervenciones, aunque para ello se requiere que sean mantenidas en el tiempo.

Con este proyecto se quiere reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como mejorar el conocimiento de la diabetes en los enfermos crónicos, y conseguir un acercamiento con la población que atendemos. También se quiere implicar al paciente en una participación activa en el manejo diario de esta patología, que es primordial para un correcto manejo de la misma, y de sus complicaciones a corto y largo plazo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0538

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar los conocimientos del paciente sobre la DM
- Dotar al paciente de las herramientas y recursos necesarios que promuevan el autocuidado y los hábitos de vida saludable
- Minimizar las complicaciones de la DM
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Evaluar la eficacia tomando como indicadores el aumento de conocimientos y la satisfacción de los participantes al terminarlo.
- Activación del EAP en relación con la mejora de calidad

MÉTODO

Se formarán 2- 3 profesionales del equipo en los contenidos del programa estructurado de educación grupal del Servicio Aragonés de Salud. Para ello, asistirán a un curso completo de educación grupal desarrollado por uno de los centros del sector que ha sido formado para implementar este programa. Se impartirán un total de cuatro sesiones consecutivas, realizadas semanalmente de una hora y media de duración. Cada una de ellas será impartida por dos miembros del equipo. La actividad se desarrollará en la sala de juntas del CS Cantavieja. Cada sesión constará de una exposición del tema a abordar por el profesional responsable mediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos proporcionados por el programa del Servicio Aragonés de Salud, así como una parte práctica en la que el paciente desarrollará las habilidades adquiridas durante la sesión ya sea mediante rol-playing o demostración con entrenamiento, que hagan participar al paciente de forma activa. En las sesiones se favorecerá el dialogo bidireccional tanto con los profesionales como con los pacientes asistentes, con la finalidad de intercambiar experiencias.

La captación de pacientes se realizara a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del centro de salud, zona de admisión y sala de espera, que contendrán información básica como fecha de realización, contenido del taller y forma de inscripción. También se utilizará la captación activa de pacientes cuando acudan por otros motivos a las consultas de medicina y enfermería, ya sean consultas programadas o a demanda.

El grupo será homogéneo: en función del nivel de instrucción. Los grupos estarán compuestos por un mínimo de 7 personas, si no vienen acompañados por un familiar, y un máximo de 15-20 si acuden acompañados por cuidadores o familiares

A los asistentes a las sesiones, se les realizará un test antes de iniciar la sesión para valorar sus conocimientos previos a la sesión, y otro test al finalizar la sesión, para evaluar los conocimientos adquiridos durante la misma. También, al acabar el curso, se les realizara una encuesta de satisfacción.

INDICADORES

- Resultados Test previo a cada sesión
- Resultados Test posterior a cada sesión
- Resultados de la encuesta de satisfacción

DURACIÓN

Dependerá del calendario de formación del SALUD para desarrollar el curso de educación grupal donde se difundirá el programa estructurado. En los meses siguientes se realizarán los talleres que se crean necesarios.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0538

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE CARMEN MARCO LOSTAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CANTAVIEJA
· Localidad CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MENDAÑA PEREZ LUCIA PILAR
EDO MALLÉN JOSE MANUEL
VALLE LOBATON JUAN MANUEL
PAULO FUERTES ROSARIO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, por su prevalencia y por la elevada tasa de morbimortalidad y complicaciones crónicas que conlleva.

En el EAP Cantavieja no era frecuente realizar actividades de promoción de la salud, uno de los motivos era la dispersión poblacional, por lo que se tendía a realizar más actividades educativas a nivel individual. Pero tras una reunión del equipo de EAP, se creyó conveniente realizar esta educación grupal para reforzar la educación individualizada, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes y de forma secundaria, disminuir el consumo de recursos sanitarios.

La incorporación de la programas de la educación diabetológica, como parte fundamental del tratamiento para la DM, ha supuesto un cambio importante en la evolución de la enfermedad y ha demostrado un mejor control glucémico y una reducción de los costes sanitarios tras este tipo de intervenciones, aunque para ello se requiere que sean mantenidas en el tiempo.

Con este proyecto se quiso reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como mejorar el conocimiento de la diabetes en los enfermos crónicos, y conseguir un acercamiento con la población que atendemos. También quisimos implicar al paciente en una participación activa en el manejo diario de esta patología, que es primordial para un correcto manejo de la misma, y de sus complicaciones a corto y largo plazo.

Los objetivos que nos planteamos fueron los siguientes:

- Aumentar los conocimientos del paciente sobre la DM
- Dotar al paciente de las herramientas y recursos necesarios que promuevan el autocuidado y los hábitos de vida saludable
- Minimizar las complicaciones de la DM
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Evaluar la eficacia tomando como indicadores el aumento de conocimientos y la satisfacción de los participantes al terminarlo.
- Activación del EAP en relación con la mejora de calidad

Cada sesión constó de una exposición del tema a abordar por el profesional responsable mediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos, así como una parte práctica en la que el paciente pudo desarrollar las habilidades adquiridas. En las sesiones se favoreció el diálogo bidireccional tanto con los profesionales como con los pacientes asistentes, con la finalidad de intercambiar experiencias.

La captación de pacientes se realizó a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del centro de salud, zona de admisión y sala de espera. También se utilizó la captación activa de pacientes cuando acudieron por otros motivos a las consultas de medicina y enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se impartieron un total de cuatro sesiones consecutivas, realizadas semanalmente, las fechas y el personal que lo impartió fue el siguiente:

1 sesión: ¿Qué es la diabetes?. Fue impartida el día 28-Septiembre-2018 por Lucia Mendaña Perez. La asistencia fue de 8 pacientes.

2 sesión: Fármacos en diabetes. Fue impartida el día 5-October-2018 por Carmen Marco Lostal. La asistencia fue de 8 pacientes.

3 sesión: Complicaciones diabetes. Fue impartida el día 11-October-2018 por Lucia Mendaña Perez. La asistencia fue de 9 pacientes.

4 sesión: Alimentación y ejercicio físico. Fue impartida el día 19-octubre-2018 por Carmen Marco Lostal. La asistencia fue de 9 pacientes.

A los asistentes a las sesiones, se les realizó un test antes de iniciar la sesión para valorar sus conocimientos previos a la sesión, y el mismo test al finalizar la sesión, para evaluar los conocimientos adquiridos durante la misma. Cada test consistía en 5 preguntas, en las que se daba a elegir entre cuatro respuestas, siendo sólo una de ellas verdadera; la puntuación máxima, por lo tanto, era un 5.

Los indicadores fueron los siguientes:

Resultados Test previo a cada sesión:

1 sesión: 3,25

2 sesión: 2,85

3 sesión: 4,33

4 sesión: 3,66

Total: 3,52

Resultados Test posterior a cada sesión :

1 sesión: 4,25

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0538

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

2 sesión: 3,75
3 sesión: 5
4 sesión: 4,22
Total: 4,30

Al finalizar la última sesión se realizó una encuesta de satisfacción a todos los asistentes, para que valorasen en conjunto todas las sesiones realizadas. La media de los resultados obtenidos fue (escala puntuación: 1 puntuación mínima, 5 puntuación máxima):

- La duración de la actividad ha sido: 5
- La actividad formativa ha cubierto mis expectativas: 5
- El contenido de la sesión ha sido útil: 5
- He aprendido cosas nuevas: 5
- Valoración general de la actividad: 4,6

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La educación grupal ha mejorado los conocimientos de la diabetes por nuestros pacientes, como se puede comprobar en la mejoría de la puntuación del test posterior a la realización del taller. Esta actividad ha tenido muy buena acogida por nuestros pacientes, como se puede comprobar en la encuesta de satisfacción. Los participantes en las sesiones mostraron su satisfacción por las sesiones realizadas, y expresaron su deseo de que se organizaran más actividades como la realizada, mostrando su interés en participar en futuros talleres.

Sin embargo, dada la dispersión de la población y la orografía solamente se consiguió sacar un grupo de trabajo en un pueblo de los pertenecientes al centro de salud, por lo que se decide dar por finalizado el programa, siguiendo con educación individual.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/538 ===== ***

Nº de registro: 0538

Título
EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

Autores:
MARCO LOSTAL CARMEN, PAULO FUERTES ROSARIO ANA, EDO MALLÉN JOSE MANUEL, GOMEZ SILVESTRE MANUELA, CUCALÓN LAFUENTE MARCELINO, VALLE LOBATÓN JUAN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, por su prevalencia y por la elevada tasa de morbimortalidad y complicaciones crónicas que conlleva.
En el EAP Cantavieja no es frecuente realizar actividades de promoción de la salud, uno de los motivos es la dispersión poblacional, por lo que se tiende a realizar más actividades educativas a nivel individual. Pero tras una reunión del equipo de EAP, creemos conveniente realizar esta educación grupal para reforzar la educación individualizada, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes y de forma secundaria, disminuir el consumo de recursos sanitarios.
La incorporación de la programas de la educación diabetológica, como parte fundamental del tratamiento para la DM, ha supuesto un cambio importante en la evolución de la enfermedad y ha demostrado un mejor control glucémico y una reducción de los costes sanitarios tras este tipo de intervenciones, aunque para ello se requiere que sean mantenidas en el tiempo.
Con este proyecto se quiere reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como mejorar el conocimiento de la diabetes en los enfermos crónicos, y conseguir un acercamiento con la población que atendemos. También se quiere implicar al paciente en una participación activa en el manejo diario de esta patología, que es primordial para un correcto manejo de la misma, y de sus complicaciones a corto y largo plazo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0538

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar los conocimientos del paciente sobre la DM
- Dotar al paciente de las herramientas y recursos necesarios que promuevan el autocuidado y los hábitos de vida saludable
- Minimizar las complicaciones de la DM
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Evaluar la eficacia tomando como indicadores el aumento de conocimientos y la satisfacción de los participantes al terminarlo.
- Activación del EAP en relación con la mejora de calidad

MÉTODO

Se formarán 2- 3 profesionales del equipo en los contenidos del programa estructurado de educación grupal del Servicio Aragonés de Salud. Para ello, asistirán a un curso completo de educación grupal desarrollado por uno de los centros del sector que ha sido formado para implementar este programa. Se impartirán un total de cuatro sesiones consecutivas, realizadas semanalmente de una hora y media de duración. Cada una de ellas será impartida por dos miembros del equipo. La actividad se desarrollará en la sala de juntas del CS Cantavieja. Cada sesión constará de una exposición del tema a abordar por el profesional responsable mediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos proporcionados por el programa del Servicio Aragonés de Salud, así como una parte práctica en la que el paciente desarrollará las habilidades adquiridas durante la sesión ya sea mediante rol-playing o demostración con entrenamiento, que hagan participar al paciente de forma activa. En las sesiones se favorecerá el dialogo bidireccional tanto con los profesionales como con los pacientes asistentes, con la finalidad de intercambiar experiencias.

La captación de pacientes se realizara a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del centro de salud, zona de admisión y sala de espera, que contendrán información básica como fecha de realización, contenido del taller y forma de inscripción. También se utilizará la captación activa de pacientes cuando acudan por otros motivos a las consultas de medicina y enfermería, ya sean consultas programadas o a demanda.

El grupo será homogéneo: en función del nivel de instrucción. Los grupos estarán compuestos por un mínimo de 7 personas, si no vienen acompañados por un familiar, y un máximo de 15-20 si acuden acompañados por cuidadores o familiares

A los asistentes a las sesiones, se les realizará un test antes de iniciar la sesión para valorar sus conocimientos previos a la sesión, y otro test al finalizar la sesión, para evaluar los conocimientos adquiridos durante la misma. También, al acabar el curso, se les realizara una encuesta de satisfacción.

INDICADORES

- Resultados Test previo a cada sesión
- Resultados Test posterior a cada sesión
- Resultados de la encuesta de satisfacción

DURACIÓN

Dependerá del calendario de formación del SALUD para desarrollar el curso de educación grupal donde se difundirá el programa estructurado. En los meses siguientes se realizarán los talleres que se crean necesarios.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0539

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

Fecha de entrada: 05/01/2019

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.
GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION
GOMEZ SILVESTRE MANUELA
APARICIO ROS EUSEBIO
CUCALON LAFUENTE MARCELINO
EGEA PER OSCAR
GRANADA GARCIA PASCUAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Uno de los objetivos estratégicos de nuestra área de salud fue la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilitasen la accesibilidad al paciente. Las consultas no presenciales (CNP) son todas aquellas visitas que se usan para resolver demandas administrativas o asistenciales, que se realizan sin que el paciente se desplace hasta la consulta y en muchas ocasiones, al centro de salud. Pueden ser originadas por el usuario o cualquier miembro del equipo de salud y resueltas por el médico, la enfermera o el administrativo, utilizando como canal de comunicación el teléfono, la correspondencia, el correo electrónico o el SMS.

Los objetivos de nuestro proyecto fueron los siguientes:

- Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.
- Mejorar la calidad de asistencia a los pacientes
- Mejora la accesibilidad de los pacientes en activo
- El equipo de AP puede disponer de más tiempo para las consultas presenciales.
- Las CNP suponen, tanto para el paciente como para el equipo de salud, una optimización de recursos y una mejora en la gestión del tiempo (el paciente lo ahorra y los profesionales lo distribuyen mejor)

El 19 de febrero de 2018 en una reunión se presentó este proyecto al equipo de atención primaria. Partíamos del análisis de los datos que se realizaron en el mes de Diciembre de 2017 en nuestro centro de salud, que fue cuando se instauró esta consulta, donde no llegamos al objetivo mínimo del contrato programa. En concreto en consulta de medicina, en el mes de diciembre 2017, se logró un 4,65% de CNP (objetivo mínimo 5%) y en consulta de enfermería un 2,5% (objetivo mínimo un 10%).

A partir de estos datos, se fueron realizando reuniones trimestrales donde se presentaban los datos obtenidos hasta ese momento, y se resolvían las dudas que podían surgir a los profesionales.

El día 9 de abril de 2018 en una reunión con el equipo se presentaron los datos obtenidos en el primer trimestre del año que fueron los siguientes, en medicina se consiguió que un 8,41% del total de consultas fueran consultas no presenciales (hubo en total 3138 consultas y de ellas 264 fueron consultas no presenciales) y en enfermería un 9,77% de las consultas fueron no presenciales (hubo 1258 consultas, de las cuales 123 fueron CNP)

Los resultados del segundo trimestre se presentaron en una reunión que se realizó el 18 Julio de 2018. En medicina el 14,58% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3496 consultas, de las cuales 510 fueron CNP), mientras que en enfermería se alcanzaron unos resultados de 12,89% (hubo un total de 1621 consultas, de las cuales 209 fueron CNP). En total en el primer semestre de 2018 se consiguieron los siguientes resultados; en medicina el 11,66% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 6634 consultas, de las cuales 774 fueron CNP) y en enfermería el 11,53% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 2879 consultas, de las cuales 332 fueron CNP). Los resultados del tercer trimestre se presentaron en una reunión que se realizó el 22 octubre de 2018. En medicina el 11,62% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3844 consultas, de las cuales 447 fueron CNP), mientras que en enfermería se alcanzaron unos resultados de 8,08% (hubo un total de 1621 consultas, de las cuales 131 fueron CNP). En total, en los primeros nueve meses de 2018 se consiguieron los siguientes resultados; en medicina el 11,65% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 10478 consultas, de las cuales 1221 fueron CNP) y en enfermería el 11,84% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3910 consultas, de las cuales 463 fueron CNP).

Los resultados del cuarto trimestre se presentarán en una reunión que se realizará este mes de enero de 2019, donde se presentarán también los resultados finales. En el cuarto trimestre, en medicina el 12,70% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3590 consultas, de las cuales 456 fueron CNP), mientras que en enfermería se alcanzaron unos resultados de 12,56% (hubo un total de 1807 consultas, de las cuales 227 fueron CNP). Como conclusión en el año 2018; en medicina el 11,92% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 14068 consultas, de las cuales 1677 fueron CNP) y en enfermería el 12,06% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 5717 consultas, de las cuales 690 fueron CNP)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

5% de consultas no presenciales en medicina (% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría): en medicina el 11,92% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 14068 consultas, de las cuales 1677 fueron CNP)

10% de consultas no presenciales en enfermería (% de consultas no presenciales de enfermería del total de las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0539

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

consultas de enfermería): en enfermería el 12,06% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 5717 consultas, de las cuales 690 fueron CNP).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este tipo de consulta ha tenido una buena acogida tanto por los profesionales sanitarios, como por parte de los pacientes, consiguiendo resultados muy óptimos y alcanzando el objetivo mínimo establecido en nuestro contrato programa

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/539 ===== ***

Nº de registro: 0539

Título
IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

Autores:
GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION, APARICIO ROS EUSEBIO, GRANADA GARCIA PASCUAL, CUCALON LAFUENTE MARCELINO, SANJUAN DOMINGO RAQUEL

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: cnp
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Uno de los objetivos estratégicos de nuestra área de salud es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente. Las consultas no presenciales (CNP) son todas aquellas visitas que se usan para resolver demandas administrativas o asistenciales, que se realizan sin que el paciente se desplace hasta la consulta y en muchas ocasiones, al centro de salud. Pueden ser originadas por el usuario o cualquier miembro del equipo de salud y resueltas por el médico, la enfermera o el administrativo, utilizando como canal de comunicación el teléfono, la correspondencia, el correo electrónico o el SMS.

Hay tres tipos de CNP en función del tipo de demanda que resuelven, que son las siguientes:

- Un primer grupo son todas aquellas visitas para entregar resultados de analíticas y pruebas complementarias.
- Un segundo grupo serían las visitas asistenciales de pacientes con patología crónica que habitualmente siguen protocolos y programas de salud. Si ofrecemos información y formación al paciente sobre los objetivos de su problema de salud y lo responsabilizamos, algunas de esas visitas de control pueden hacerse por teléfono. En el seguimiento de una patología aguda, puede ser útil programar al cabo de unos días un contacto telefónico para valorar la evolución. Después de una visita a otro especialista, un ingreso o una atención en un servicio de urgencias, en ocasiones, una consulta no presencial será suficiente como primer contacto.
- El tercer grupo serían las visitas administrativas que deben estar dirigidas al personal de administración para que las gestionen y resuelvan con o sin ayuda del personal sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS

- Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.
- Mejorar la calidad de asistencia a los pacientes
- Mejora la accesibilidad de los pacientes en activo
- El equipo de AP puede disponer de más tiempo para las consultas presenciales.
- Las CNP suponen, tanto para el paciente como para el equipo de salud, una optimización de recursos y una mejora en la gestión del tiempo (el paciente lo ahorra y los profesionales lo distribuyen mejor)

MÉTODO

- Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.
- Mejorar la calidad de asistencia a los pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0539

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

- Mejora la accesibilidad de los pacientes en activo
- El equipo de AP puede disponer de más tiempo para las consultas presenciales.
- Las CNP suponen, tanto para el paciente como para el equipo de salud, una optimización de recursos y una mejora en la gestión del tiempo (el paciente lo ahorra y los profesionales lo distribuyen mejor)

INDICADORES

5% de consultas no presenciales en medicina (% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría)
10% de consultas no presenciales en enfermería (% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería)

DURACIÓN

Difusión e información del proyecto al equipo de EAP: primer trimestre 2018
Creación del circuito de demanda no presencial: primer trimestre 2018
Reuniones trimestrales con el equipo de EAP para analizar los resultados obtenidos hasta ese momento y planteamiento/ejecución de acciones de mejora .
Análisis de los indicadores y elaboración de la memoria: enero 2019

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 - 2018/0539

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

Fecha de entrada: 19/02/2019

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
GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION
GOMEZ SILVESTRE MANUELA
APARICIO ROS EUSEBIO
CUCALON LAFUENTE MARCELINO
MARCO LOSTAL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Uno de los objetivos estratégicos de nuestra área de salud fue la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilitasen la accesibilidad al paciente. Las consultas no presenciales (CNP) son todas aquellas visitas que se usan para resolver demandas administrativas o asistenciales, que se realizan sin que el paciente se desplace hasta la consulta y en muchas ocasiones, al centro de salud. Pueden ser originadas por el usuario o cualquier miembro del equipo de salud y resueltas por el médico, la enfermera o el administrativo, utilizando como canal de comunicación el teléfono, la correspondencia, el correo electrónico o el SMS.

Los objetivos de nuestro proyecto fueron los siguientes:

- Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.
- Mejorar la calidad de asistencia a los pacientes
- Mejora la accesibilidad de los pacientes en activo
- El equipo de AP puede disponer de más tiempo para las consultas presenciales.
- Las CNP suponen, tanto para el paciente como para el equipo de salud, una optimización de recursos y una mejora en la gestión del tiempo (el paciente lo ahorra y los profesionales lo distribuyen mejor)

El 19 de febrero de 2018 en una reunión se presentó este proyecto al equipo de atención primaria. Partíamos del análisis de los datos que se realizaron en el mes de Diciembre de 2017 en nuestro centro de salud, que fue cuando se instauró esta consulta, donde no llegamos al objetivo mínimo del acuerdo de gestión clínica. En concreto en consulta de medicina, en el mes de diciembre 2017, se logró un 4,65% de CNP (objetivo mínimo 5%) y en consulta de enfermería un 2,5% (objetivo mínimo un 10%).

A partir de estos datos, se fueron realizando reuniones trimestrales donde se presentaban los datos obtenidos hasta ese momento, y se resolvían las dudas que podían surgir a los profesionales.

El día 9 de abril de 2018 en una reunión con el equipo se presentaron los datos obtenidos en el primer trimestre del año que fueron los siguientes, en medicina se consiguió que un 8,41% del total de consultas fueras consultas no presenciales (hubo en total 3138 consultas y de ellas 264 fueron consultas no presenciales) y en enfermería un 9,77% de las consultas fueron no presenciales (hubo 1258 consultas, de las cuales 123 fueron CNP)

Los resultados del segundo trimestre se presentaron en una reunión que se realizó el 18 Julio de 2018. En medicina el 14,58% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3496 consultas, de las cuáles 510 fueron CNP), mientras que en enfermería se alcanzaron unos resultados de 12,89% (hubo un total de 1621 consultas, de las cuáles 209 fueron CNP). En total en el primer semestre de 2018 se consiguieron los siguientes resultados ; en medicina el 11,66% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 6634 consultas, de las cuáles 774 fueron CNP) y en enfermería el 11,53% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 2879 consultas, de las cuales 332 fueron CNP).

Los resultados del tercer trimestre se presentaron en una reunión que se realizó el 22 octubre de 2018. En medicina el 11,62% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3844 consultas, de las cuáles 447 fueron CNP), mientras que en enfermería se alcanzaron unos resultados de 8,08% (hubo un total de 1621 consultas, de las cuáles 131 fueron CNP). En total, en los primeros nueve meses de 2018 se consiguieron los siguientes resultados ; en medicina el 11,65% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 10478 consultas, de las cuáles 1221 fueron CNP) y en enfermería el 11,84% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3910 consultas, de las cuales 463 fueron CNP).

Los resultados del cuarto trimestre se presentaron en una reunión que se celebró el 18 de febrero de 2019, donde se presentaron también los resultados finales. En el cuarto trimestre, en medicina el 12,70% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3590 consultas, de las cuáles 456 fueron CNP), mientras que en enfermería se alcanzaron unos resultados de 12,56% (hubo un total de 1807 consultas, de las cuáles 227 fueron CNP). Como conclusión en el año 2018; en medicina el 11,92% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 14068 consultas, de las cuáles 1677 fueron CNP) y en enfermería el 12,06% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 5717 consultas, de las cuales 690 fueron CNP)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

5% de consultas no presenciales en medicina (% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría): en medicina el 11,92% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 14068 consultas, de las cuáles 1677 fueron CNP)

10% de consultas no presenciales en enfermería (% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería): en enfermería el 12,06% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 5717

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0539

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

consultas, de las cuales 690 fueron CNP).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este tipo de consulta ha tenido una buena acogida tanto por los profesionales sanitarios, como por parte de los pacientes, consiguiendo resultados muy óptimos y alcanzando el objetivo mínimo establecido en nuestro acuerdo de gestión clínica.

7. OBSERVACIONES.

Es memoria final

*** ===== Resumen del proyecto 2018/539 ===== ***

Nº de registro: 0539

Título

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

Autores:

GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION, APARICIO ROS EUSEBIO, GRANADA GARCIA PASCUAL, CUCALON LAFUENTE MARCELINO, SANJUAN DOMINGO RAQUEL

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: cnp
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Uno de los objetivos estratégicos de nuestra área de salud es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente.

Las consultas no presenciales (CNP) son todas aquellas visitas que se usan para resolver demandas administrativas o asistenciales, que se realizan sin que el paciente se desplace hasta la consulta y en muchas ocasiones, al centro de salud. Pueden ser originadas por el usuario o cualquier miembro del equipo de salud y resueltas por el médico, la enfermera o el administrativo, utilizando como canal de comunicación el teléfono, la correspondencia, el correo electrónico o el SMS.

Hay tres tipos de CNP en función del tipo de demanda que resuelven, que son las siguientes:

- Un primer grupo son todas aquellas visitas para entregar resultados de analíticas y pruebas complementarias.

- Un segundo grupo serían las visitas asistenciales de pacientes con patología crónica que habitualmente siguen protocolos y programas de salud. Si ofrecemos información y formación al paciente sobre los objetivos de su problema de salud y lo responsabilizamos, algunas de esas visitas de control pueden hacerse por teléfono. En el seguimiento de una patología aguda, puede ser útil programar al cabo de unos días un contacto telefónico para valorar la evolución. Después de una visita a otro especialista, un ingreso o una atención en un servicio de urgencias, en ocasiones, una consulta no presencial será suficiente como primer contacto.

- El tercer grupo serían las visitas administrativas que deben estar dirigidas al personal de administración para que las gestionen y resuelvan con o sin ayuda del personal sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS

- Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.
- Mejorar la calidad de asistencia a los pacientes
- Mejora la accesibilidad de los pacientes en activo
- El equipo de AP puede disponer de más tiempo para las consultas presenciales.
- Las CNP suponen, tanto para el paciente como para el equipo de salud, una optimización de recursos y una mejora en la gestión del tiempo (el paciente lo ahorra y los profesionales lo distribuyen mejor)

MÉTODO

- Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.
- Mejorar la calidad de asistencia a los pacientes
- Mejora la accesibilidad de los pacientes en activo
- El equipo de AP puede disponer de más tiempo para las consultas presenciales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0539

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

- Las CNP suponen, tanto para el paciente como para el equipo de salud, una optimización de recursos y una mejora en la gestión del tiempo (el paciente lo ahorra y los profesionales lo distribuyen mejor)

INDICADORES

5% de consultas no presenciales en medicina (% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría)

10% de consultas no presenciales en enfermería (% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería)

DURACIÓN

Difusión e información del proyecto al equipo de EAP: primer trimestre 2018

Creación del circuito de demanda no presencial: primer trimestre 2018

Reuniones trimestrales con el equipo de EAP para analizar los resultados obtenidos hasta ese momento y planteamiento/ejecución de acciones de mejora .

Análisis de los indicadores y elaboración de la memoria: enero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0933

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA RELANCIO PASCUAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASPE
· Localidad CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUIU CAMPOS MIGUEL
ISTRATE RAMONA RALUCA
BELLES PALLARES LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado talleres de una hora de duración. Con una parte teórica guiada por una presentación, y otra parte práctica, ésta de mayor duración, en la que se ha trabajado con maniquíes especiales y los propios alumnos entre ellos.

Los conocimientos enseñados han sido:

- Paciente inconsciente, cómo identificarlo y qué hacer al respecto, pedir ayuda. Teléfonos importantes, 061 y 112.
- Posición lateral de seguridad.
- Maniobras de RCP básica, eficaces, ordenadas, postura y fuerza adecuada, agotamiento que éstas producen.
- Obstrucción de la vía aérea, cuándo dejar toser, cuándo golpes interescapulares y maniobra de Heimlich.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la charla con los alumnos y profesores, en las preguntas orales que se les realizan y en la observación de la realización de la práctica, se valora por nuestra parte y por la de ellos un aumento en los conocimientos que tenían previamente y una mejora en las habilidades de las maniobras enseñadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En los centros de educación primaria de la localidad no existe de forma reglada formación en primeros auxilios para los alumnos, creemos sería interesante hacerlo de forma habitual. Se elige el curso de 6º de primaria porque los profesores tienen el tema incluido en su temario, y además, pensamos los niños están con una gran capacidad de aprendizaje, curiosidad y motivación. La PCR es un problema que implica a todos los colectivos. Reconocerla y saber actuar es fundamental. Estudios demuestran que una RCP básica de calidad y precoz aumenta de manera eficaz la supervivencia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/933 ===== ***

Nº de registro: 0933

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA

Autores:
RELANCIO PASCUAL PATRICIA, GUIU CAMPOS MIGUEL, ISTRATE RAMONA RALUCA, BELLES PALLARES LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los centros de educación primaria no existe de forma reglada formación en materia de primeros auxilios para los niños, por ello el profesorado del centro nos solicita formación para los alumnos de 6º de primaria en este tema. Desde el centro de salud consideramos que es primordial que éstos conozcan cómo realizar maniobras básicas de RCP, saber cómo actuar ante un atragantamiento, cómo y a quién avisar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0933

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS

Que los niños de 6º primaria conozcan el protocolo de actuación ante un paciente inconsciente, sepan como actuar ante un atragantamiento, y adquieran habilidad para realizar las maniobras básicas de RCP.

MÉTODO

Se realizan sesiones de una hora de duración con el alumnado. Previamente se valoran los conocimientos que tienen los niños, se continúa con una breve formación teórica seguida de una parte práctica con maniqués, para terminar con un conciso resumen de lo explicado y resolución de las dudas que puedan haberles surgido.

INDICADORES

Al finalizar la sesión de formación se comparan los conocimientos adquiridos respecto a los que tenían antes de realizarla.

También se hace un coloquio con los profesores para que valoren lo aprendido por los niños.

DURACIÓN

Las sesiones tendrán una hora de duración y se prevee realizarlas de forma anual en cada colegio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0933

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE PATRICIA RELANCIO PASCUAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASPE
· Localidad CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUIU CAMPOS MIGUEL
ISTRATE RAMONA RALUCA
BELLES PALLARES LUCIA
ROMERO SEGURA ANDREA
PASCUAL GAVIN MARIA CARMEN
BLASCO CASORRAN MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el curso 2018-19, surgió una propuesta desde diversos sectores de la localidad, para hacer unas jornadas de una semana de duración, a las que se denominaría: Semana de la seguridad y prevención en los colegios. Así, en abril de 2019 se lleva acabo esta actividad, con participación de Policía local, Guardia Civil, bomberos y personal sanitario del centro de salud. Cada colectivo realiza su charla sobre el tema. Nosotros aprovechamos estas jornadas para continuar nuestro proyecto.

Se realiza a los alumnos de 5º de primaria de los tres colegios de la localidad.

Nos centramos en:

- Reconocimiento del paciente inconsciente. PLS.
- Reconocimiento de la parada cardíaca y actuación correcta, maniobras de RCP básica.
- Conocimiento de los teléfonos de emergencias 061 y 112.
- Actuación ante la obstrucción de la vía aérea.
- Diferenciar entre lactante, niño y adulto.

Han sido charlas de una hora de duración. Una parte teórica, apoyada con la proyección de una presentación y otra parte teórica, de mayor duración, en la que se han utilizado muñecos especiales, prestados desde el sector de Alcañiz, y los propios alumnos entre ellos. Han tenido lugar en cada colegio, donde nos han proporcionado aulas con todo lo necesario para desarrollar la actividad.

Dos semanas antes se les entrega a los alumnos un test con 6 preguntas básicas, de respuesta verdadero/falso. Dos semanas después de la charla lo vuelven a realizar.

Asimismo se les entrega tanto a alumnos como a profesores una encuesta de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El total alumnos del curso 5º de primaria de los 3 colegios es de 95. En la encuesta tipo test de conocimientos, con 6 preguntas de respuesta verdadero/falso, que se les entregó con anterioridad y que realizaron 90 niños, el resultado fue:

- 21 niños (23%) tienen 2 fallos.
- 30 _____ (33%) _____ 3 _____
- 24 _____ (27%) _____ 4 _____
- 15 _____ (17%) _____ 5 _____

Concluyendo que el 77% tienen 3 o más errores. No teniendo el 50% de los conocimientos que se les pide.

Dos semanas después de la charla vuelven a realizar el mismo test, con el siguiente resultado:

- 20 niños (22%) tienen 0 fallos
- 38 _____ (42%) _____ 1 _____
- 28 _____ (31%) _____ 2 _____
- 4 _____ (4%) _____ 3 _____

El 100% tienen el 50% de las preguntas bien contestadas, por lo que se concluye que sus conocimientos sobre el tema se han aclarado y han aumentado.

En la encuesta de satisfacción, con una escala likert de 5 ítems, el 100% entre alumnos y profesores proporciona la máxima puntuación, valorando así la actividad como muy satisfactoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad resulta muy beneficiosa y positiva. Con conocimientos muy básicos pero que son muy importantes y de gran utilidad para tod@s. La propuesta es que se realice una vez al año, dentro del periodo escolar, a los alumnos que vayan cursando 5º de educación primaria, y así mantener su continuidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/933 ===== ***

Nº de registro: 0933

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0933

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA

Autores:
RELANCIO PASCUAL PATRICIA, GUIU CAMPOS MIGUEL, ISTRATE RAMONA RALUCA, BELLES PALLARES LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los centros de educación primaria no existe de forma reglada formación en materia de primeros auxilios para los niños, por ello el profesorado del centro nos solicita formación para los alumnos de 6º de primaria en este tema. Desde el centro de salud consideramos que es primordial que éstos conozcan cómo realizar maniobras básicas de RCP, saber cómo actuar ante un atragantamiento, cómo y a quién avisar.

RESULTADOS ESPERADOS
Que los niños de 6º primaria conozcan el protocolo de actuación ante un paciente inconsciente, sepan como actuar ante un atragantamiento, y adquieran habilidad para realizar las maniobras básicas de RCP.

MÉTODO
Se realizan sesiones de una hora de duración con el alumnado. Previamente se valoran los conocimientos que tienen los niños, se continúa con una breve formación teórica seguida de una parte práctica con maniqués, para terminar con un conciso resumen de lo explicado y resolución de las dudas que puedan haberles surgido.

INDICADORES
Al finalizar la sesión de formación se comparan los conocimientos adquiridos respecto a los que tenían antes de realizarla. También se hace un coloquio con los profesores para que valoren lo aprendido por los niños.

DURACIÓN
Las sesiones tendrán una hora de duración y se prevee realizarlas de forma anual en cada colegio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1400

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE LUCIA BELLES PALLARES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASPE
· Localidad CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA MORENO MERCEDES
ABADIA BUISAN CAROLINA
RELANCIO PASCUAL PATRICIA
ROCA BERENGUER MARGARITA
GODINO MOYA MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A primeros de año se nos presenta el programa Paciente Crónico Complejo en OMI-AP ya funcionando en otros sectores de la Comunidad Autónoma de Aragón (sesión única de una hora, ofertada por profesionales del hospital de Alcañiz 6ª planta Unidad PCC). La implementación fue aceptada por nuestro equipo multidisciplinar de C.S. Caspe pero a la hora de empezar a captar y trabajar con estos pacientes empezaba la fecha donde muchos temporeros acuden a este municipio a trabajar y el número de pacientes por cupo se desborda, era muy difícil trabajar con tanto volumen de gente inmigrante con otro idioma y cultura (requieren mucho tiempo de atención) por lo que nuestro equipo de profesionales fue dejando el programa del PCC para después del verano.

Empezamos poniendo de dos a tres pacientes por cupo, eligiendo a los que pensábamos que hacían más ingresos (GMA>99) los incluimos en el programa previa información oral y escrita (folleto de explicación adherido al programa) y realizábamos una valoración integral inicial tanto en consulta como en domicilio pero después de rellenar en OMI-AP todos los cuestionarios no sabíamos cada cuánto y cómo tener más contacto con la unidad hospitalaria del crónico complejo. Después de muchas dudas de todo el equipo, decidimos tres enfermeras de nuestro centro apuntarnos al curso que ofertaba el hospital de Alcañiz 5 y 6 de Noviembre. Tras su finalización salimos muy contentas, parecía que habíamos entendido un poco más (nuestras ganas de seguir con el PCC era más positivas).

Al llegar al centro y tras una de las sesiones organizadas cada lunes, se decide que vuelvan a dar otra sesión del PCC en nuestro centro de salud.

Tras esta sesión del 26 de noviembre parece todas las dudas estar resueltas y realmente es entonces cuándo empieza la verdadera implementación del Paciente Crónico Complejo en el centro de salud de Caspe.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

%De pacientes con GMA>99 incluidos en programa: 41,33%
%De pacientes con plan de intervención escrito en último contacto: 61,29%
%De pacientes que no han recibido asistencia en el último mes: 29,03%
%De pacientes que no han recibido asistencia en los últimos tres meses: 35,48%
%De pacientes con contacto en atención primaria en los cuatro días siguientes después de ser dados de alta hospitalaria: 18,91%
%De pacientes con tres ingresos en los últimos seis meses: 4,29%
%De pacientes ingresados por mes: 41,93%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de este proyecto con resultados mejorables, ha comprometido a todo nuestro equipo a trabajar de manera estratégica con cada uno de ellos para determinar su ruta asistencial en su situación clínica, ya que después de la inclusión de varios paciente muy demandantes y con gran descompensación nos hemos dado cuenta de que estas unidades funcionan (facilitan al usuario una atención equilibrada y personalizada) obteniendo resultados clínicos esperados entre calidad de cuidados/costes asociados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1400 ===== ***

Nº de registro: 1400

Título
DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1400

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

Autores:
BELLES PALLARES LUCIA, GRACIA MORENO MERCEDES, ABADIA BUISAN CAROLINA, RELANCIO PASCUAL PATRICIA, ROCA BERENGUER MARGARITA, GODINO MOYA MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CON PLURIPATOLOGÍA
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

EL DESPLIEGUE DEL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO ACABA DE COMENZAR EN NUESTRO CENTRO DE SALUD (CASPE) Y NUESTRAS COBERTURAS SON MUY BAJAS TODAVÍA

RESULTADOS ESPERADOS

INCREMENTAR LA INCLUSIÓN DE PACIENTES CON CRITERIOS DE SELECCIÓN EN EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO. CONSEGUIR QUE TODOS LOS PACIENTES INCLUIDOS TENGAN UN PLAN DE INTERVENCIÓN ESCRITO ACTUALIZADO Y GARANTIZAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN ESTOS PACIENTES PARA EVITAR INGRESOS

MÉTODO

SESIÓN CLÍNICA SOBRE EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO
EVALUACIÓN CUATRIMESTRAL DE INDICADORES CON REALIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA DERIVADAS DEL ANÁLISIS DE LOS MISMOS

INDICADORES

% DE PACIENTES CON GMA>99 INCLUIDOS EN PROGRAMA
%DE PACIENTES CON PLAN DE INTERVENCIÓN ESCRITO EN EL ÚLTIMO CONTACTO
%DE PACIENTES QUE NO HAN RECIBIDO ASISTENCIA EN EL ÚLTIMO MES
%DE PACIENTES QUE NO HAN RECIBIDO ASISTENCIA EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
%DE PACIENTES CON CONTACTO EN AP EN LOS CUATRO DÍAS SIGUIENTES DESPUÉS DEL ALTA
%PACIENTES CON MÁS DE TRES INGRESOS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES
%PACIENTES INGRESADOS/MES

DURACIÓN

JUNIO:SESIÓN CLÍNICA PROGRAMA PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO
JUNIO-JULIO:PRIMER CORTE DE INDICADORES
SEPTIEMBRE:SEGUNDO CORTE
ENERO:REVISIÓN 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 - 2018/0910

1. TÍTULO

CONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO RECIENTE DE DIABETES

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE PILAR LAZARO GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA
GONZALEZ ALGAS JULIO
RIOS LAZARO MIGUEL
MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO
ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR
ZUMETA FUSTERO MARIA TERESA
PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En una de las reuniones del grupo de diabetes del sector Alcañiz, se expresó, por parte de endocrinología la impresión de que "había cierta tolerancia" en el control glicémico de pacientes diabéticos de reciente diagnóstico y obesos.

Haciéndonos eco de esa "impresión" nos planteamos si esa hipótesis se verificaba o no, en los diabéticos de esas características adscritos a nuestra área básica de salud. Para ello llevamos a cabo las siguientes actividades:

1.- Por muestreo aleatorio simple y con base de datos en las fuentes OMI-AP y OMI-EST, se seleccionaron 40 pacientes de los diferentes CIAs asignados al C.S.Híjar que cumplieren los siguientes criterios:

-DM de reciente diagnóstico (< 3 años)
-IMC > 25
-Glicada > 7

2.- Se evaluó como único criterio del proyecto si estaban o no a tratamiento con MTF (excepto intolerancia/contraindicación).

3.- El día 11/06/2018 se realizó la primera sesión informativa para todos los miembros del equipo del C.S.Híjar, personal médico y enfermería tanto del Área Básica como del equipo de atención continuada.

Se explicó el proyecto de mejora. Su objetivo principal: conseguir que todos los pacientes con IMC >25, Glicada >7 y reciente diagnóstico (< 3 años) llevarán tto con Metformina (salvo contraindicación) . Definimos la metodología y los dos periodos en que se iba a llevar a cabo comparando los datos obtenidos, al inicio (06/18) y a los seis meses de la intervención (12/12).

4. - En esa misma reunión, se llevó a cabo la intervención/mejora entendida como: SESIÓN CLÍNICA exhaustiva y actualizada sobre la evidencia científica existente respecto a la Metformina.

Se revisaron los importantes hallazgos que el estudio UKPDS 34, demostró en cuanto a reducción de mortalidad por cualquier causa, como por causa cardiovascular. Además de otras de las evidencias conocidas.

Enfatizando que dichos logros se demostraron precisamente en pacientes obesos y de reciente diagnóstico.

Para finalizar se recordó que, como recomiendan las diferentes sociedades científicas y las GPCs, la Metformina sigue siendo en la actualidad el fármaco de primera elección en el tratamiento de la DM2.

Y que lo es así por su eficacia, seguridad, el efecto neutro que tiene sobre el peso, la ausencia de hipoglucemias y su coste favorable.

5.- El día 17/12/2018 se realizó la segunda reunión nuevamente con todos los miembros del equipo ya antes mencionados. Se expusieron los resultados obtenidos del segundo muestreo a los 6 meses de la intervención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 40 pacientes evaluados en 06/2018:

.-27 sí estaban tratados con MTF. Lo que suponía un 67,5% de CUMPLIDORES
.-13 no estaban tratados con MTF. Lo que suponía 32,5% de NO CUMPLIDORES

De los 13 que NO llevaban MTF:

.-3 constaban como intolerantes
.-1 como IRC (FG<30)
.-1 tto dietético

.- en los 8 restantes no constaba en HC causa alguna que justificara la no prescripción de MTF.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0910

1. TÍTULO

CONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO RECIENTE DE DIABETES

De los 40 pacientes reevaluados en 12/2018 (tras la intervención):

- .-26 continuaban a tto con MTF
- .-1 fue pérdida por gestación reciente

De los 13 que no tomaban MTF:

- .-5 pasaron a tomar MTF .Lo que mejoró el porcentaje de CUMPLIDORES al 80%
- .-8 seguían sin tomar: 3 intolerantes, 1 a tto dietético, 1 por IRC (ya constatados en el pto de corte de 06/18) y 3 sin causa justificada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En nuestra modesta opinión, y a la vista de nuestros datos, creemos poder discrepar de esa "impresión" que se nos planteó inicialmente.

En nuestro proyecto, ya en el primer punto de corte de 06/2018:

- 67,5% de los pacientes YA CUMPLIAN tto con MTF, porcentaje no excelente pero creemos que tampoco desdeñable.
- Y tras la intervención clínica :
- 5 pacientes más pasaron a tomar MTF, con lo que el porcentaje subió al 80%.

Además de los 13 NO CUMPLIDORES al inicio del proyecto:

- 5 tenían causas justificadas y presumiblemente no potenciales de modificar;
- 3 intolerantes, 1 dieta, y 1 IRC <30.

-Y solo 8 eran subsidiarios potenciales de posible intervención.Siendo precisamente 5 de estos "potenciales" de modificar, los que pasaron en 12/2018 a tomar MTF.

Mejóro así el porcentaje de cumplimiento hasta el 80% y sólo quedaron 3 pacientes, sin causa justificada, para la no prescripción de MTF.

Por tanto, el plan de mejora ha resultado efectivo.La intervención parece haber modificado la praxis de ciertos compañeros, que pasan a prescribir MTF en aquellos pacientes que deberían haberla llevado.

Y como conclusión final,queremos constatar que nos ha sido grato observar que la prescripción de MTF en nuestra Área Básica es mayoritaria y se ajusta a las recomendaciones de las diferentes guías de práctica clínica.

7. OBSERVACIONES.

Como reflexión, únicamente señalamos que, aunque no es motivo de este estudio, la mayoría de los pacientes tratados con MTF la tomaban en combinación con otros ADOs (DPP4s o SLGT2).

De los 27 cumplidores al inicio, solo 10 tomaban MTF sin asociar, y 17 en combinación. Con el consiguiente encarecimiento del tto.

Quizás esto debiera ser motivo para otro análisis.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/910 ===== ***

Nº de registro: 0910

Título
CONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO RECIENTE DE DIABETES

Autores:
LAZARO GRACIA PILAR, LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA, GONZALEZ ALGAS JULIO, RIOS LAZARO MIGUEL, MARTINEZ BARCELO ANTONIO PABLO, ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR, ZUMETA FUSTERO MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

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

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0910

1. TÍTULO

CONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO RECIENTE DE DIABETES

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los resultados del estudio UKPDS 34 mostraron una reducción de la mortalidad por cualquier causa (MCC) a los 10 años de riesgo relativo (RR) 0,64 (IC 95% 0,45 a 0,91) y por infarto agudo de miocardio (IAM) de RR 0,61 (IC 95% 0,41 a 0,89). El número necesario para evitar una muerte fue de 14 y la reducción del riesgo absoluto del 0,07. Esto se consiguió con pacientes con sobrepeso en tratamiento con metformina en las fases iniciales de la enfermedad. Recientemente, en la reunión del grupo de diabetes del sector, se expresó desde endocrinología la impresión de que existe cierta tolerancia ante el control glucémico en los pacientes recién diagnosticados y que se tarda en introducir el tratamiento con metformina, en particular en los pacientes obesos. Las guías de práctica clínica recomiendan que en los pacientes recién diagnosticados se intente un control de glicada por debajo de 7, (algunas 6,5), preferiblemente con fármacos con bajo riesgo de hipoglucemia.

RESULTADOS ESPERADOS

Conseguir que los pacientes diagnosticados de diabetes de < de 3 años de evolución, IMC >25 y tengan glicadas por encima de 7 lleven tratamiento con metformina (excepto intolerancia).

MÉTODO

Ciclo de mejora. Se evaluarán en el centro 40-pacientes diagnosticados hace menos de 3 años con IMC>25 y que hayan tenido un glicada mayor de 7 desde su inicio de la enfermedad, no controlada por medios dietéticos. Se evaluará si están en tratamiento con metformina como único criterio. Los pacientes se seleccionarán por muestreo aleatorio simple. Fuente de datos OMI-est y OMI-AP.

En caso de confirmarse la hipótesis, se realizaría sesión clínica mostrando los resultados y se realizaría formación al respecto.

INDICADORES

% de pacientes diagnosticados de diabetes hace menos de 3 años con IMC >25 y que tengan glicadas por encima de 7 que llevan tratamiento con metformina (ver aclaraciones del criterio en el apartado "6")

DURACIÓN

6 meses

Se compararán los resultados al inicio y a los seis meses de la intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1300

1. TÍTULO

PROCESO DE GESTION DE ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE CARMELO DANIEL TORNOS PEREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES
VALERO SALAS JESUS
BURRIEL AGUDO OSCAR
CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL
MEDINA MORA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- En el mes de abril se realiza sesión clínica al EAP, explicando importancia del proceso y realización de la técnica, se vuelve a repetir dicha sesión en el mes de octubre a petición del responsable de calidad del centro.
2- Se solicita a coordinación de enfermería la necesidad de disponer mensualmente en el pedido de almacén de desinfectantes líquidos de alto nivel (Glutaraldehído al 2% y Formaldheído).
2- En el mes de junio se realiza un taller práctico de formación al personal de enfermería del centro (EAP y EAC).
3- En verano se traslada el botiquín de farmacia a otra estancia del centro, dejando así el cuarto libre para "esterilización" ya que aquí hay fregadero y encimera, para poder realizar allí todo el proceso desde la limpieza y desinfección hasta la esterilización y almacejaje.
Se provee así mismo de archivador para los registros semanales ("Registro de controles de esterilización" UNE-EN-ISO 9001 utilizados en el Sector Alcañiz). Así mismo se habilita mobiliario y gradillas para almacenaje y clasificación.
4- Semanalmente (ya desde enero) se realiza control biológico del autoclave para enviarlo a la central de esterilización del Hospital de Alcañiz, así como el registro de incidencias y/o resultados.
5- Con carácter mensual se comprueba desde julio las condiciones y el estado de los paquetes de material esterilizado, registrando incidencias y reesterilizando aquellos que no cumplen las garantías de seguridad.
6- Se solicitan a Suministros Sector Alcañiz 8 cubetas de plástico de 406 x 345 x 164 mm para almacenaje y clasificación (pendiente de su recepción). De momento se han habilitado 2 cubetas provisionales aprovechando recipientes nuevos sin tapa de material inyectable desechable.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El procedimiento se ha realizado correctamente por parte del personal implicado en el proyecto en la mayoría de los casos, si bien es verdad, que en algún corto período de tiempo se habían agotado los controles químicos (ausencia de éstos durante 2 semanas en el mes de octubre). Por lo que podemos decir que "Sí" se ha implantado el proceso de mejora (indicador dicotómico).
Tras la revisión mensual de todos los paquetes durante el 2º semestre del año 2018 se han obtenido los siguientes resultados:
- El porcentaje de paquetes de material estéril sin indicador químico en este período se corresponde con el 15,21%. (No lo llevaban 42, de un total de 276 analizados).
- El porcentaje de incidencias mensuales en los registros de controles biológicos se corresponde con el 19,23% (Ha habido un total de 5 incidencias a lo largo de las 26 semanas que se han contabilizado: en 2 ocasiones no se envió el control biológico a la central, en 1 ocasión se envió sin poner fecha en el control, en 1 ocasión no se puso fecha en etiqueta adhesiva del registro y en 1 ocasión faltaba la fecha en el sobre enviado).
- Fuente: Paquetes de material esterilizado en el centro.
Registro de controles biológicos semanales (PO-05 AL(P)E).
- Método: Recuento y estadística.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados obtenidos han mejorado con creces a los encontrados inicialmente (no había registros conservados desde 2016, faltaban controles químicos y/o biológicos o estaban caducados hacía meses, los diferentes materiales empleados en el proceso estaban en distintas estancias del centro, etc...)

Damos por tanto por finalizado el proyecto, ya que se ha conseguido cambiar en el centro el sistema y el circuito del proceso de esterilización (algo que era básico mejorarlo) sistematizándolo desde el lavado y desinfección hasta su propio almacenaje, en un lugar concreto y mediante unos dispositivos normalizados, dejando constancia de todo ello mediante registros, así como supervisando mensualmente el material y reesterilizando aquel que no cumplía con garantías de calidad. Manteniendo dicha línea de trabajo en el futuro.

7. OBSERVACIONES.

Hay que tener en cuenta que entre las incidencias encontradas algunas se debían a la falta de material (controles químicos) por falta de previsión y/o tardanza de llegar el material de almacén, no siendo por tanto achacables a una "mala praxis" individual.
Por otro lado, 2 de las 5 incidencias acontecidas respecto al envío de control biológico semanal, ocurrieron en período estival (no realizando correctamente dicho envío y/o registro por parte de profesionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1300

1. TÍTULO

PROCESO DE GESTION DE ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

eventuales que desconocían dicho procedimiento).

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1300 ===== ***

Nº de registro: 1300

Título
PROCESO DE GESTION DE ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Autores:
TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL, RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES, VALERO SALAS JESUS, ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL, BURRIEL AGUDO OSCAR, CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL, MEDINA MORA CRISTINA

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: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las infecciones asociadas al medio sanitario constituyen una causa importante de morbimortalidad, suponiendo un grave problema dentro de la línea estratégica de la Seguridad del Paciente, además de una elevación de los costes socioeconómicos para el sistema sanitario y la sociedad (aumento del gasto farmacéutico y deterioro de los instrumentos y equipos).
La limpieza, desinfección y esterilización del instrumental clínico, junto con la higiene de manos, se incluyen entre las medidas más eficaces en la prevención de las infecciones.
Analizando los procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario en nuestro centro, se percibe variabilidad en las formas de actuar, así como a la hora de almacenarlo. No se dispone de una dependencia exclusiva y apropiada para estos procedimientos.
Dada su importancia, se hace preciso reforzar las actividades de sensibilización y capacitación de los profesionales en relación a la desinfección y la esterilización del material, e impulsar prácticas seguras.
Encontramos por tanto oportunidades de mejora que justifican el desarrollo de un plan de mejora de la gestión de la desinfección y esterilización en nuestro centro.
El plan responde a una de las líneas de actuación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS 2015-2020.

RESULTADOS ESPERADOS
Como objetivo general sería mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en nuestro centro a través de la implantación y difusión de buenas prácticas en la gestión de la limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario, para contribuir a la prevención y control de la infección asociada a la asistencia sanitaria (IAAS), los cuidados en el CS y consultorios locales.
Como objetivos específicos serían sistematizar los procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización en el CS, así como mejorar la capacitación de los profesionales en la gestión, seguridad y calidad de los procedimientos y difundir la cultura de la seguridad del paciente vinculada a la prevención de la infección asociada a los cuidados con instrumental.

MÉTODO
- Sesión clínica al equipo de atención primaria explicando el procedimiento de gestión de material quirúrgico estéril. Dicha sesión, la incluiremos dentro del Plan de Formación del Centro de Salud y se pedirá la acreditación de la misma.
- Taller de formación a los profesionales responsables del procedimiento (personal de enfermería). Sesión práctica, acreditada.
- Centralización del proceso de limpieza, desinfección, esterilización y almacenaje del material quirúrgico en dependencia interior del centro de salud (cuarto ya disponible, con su correspondiente fregadero y encimera). Habilitando una mesa para soporte de autoclave además de estantería con cubetas para material esterilizado y cuaderno de registro de controles de esterilización. Trasladando del cuarto de Urgencias y otras dependencias los aparatos y/o materiales implicados en dicho proceso y llevándolo a la citada sala de "esterilización".
- Realización del Proceso de Gestión de Esterilización, su descripción, con los algoritmos necesarios en el desglose del mismo.
- Registro semanal en formato papel de los controles biológicos enviados.
- Evaluación mensual tanto de las condiciones del material empaquetado y almacenado así como del cuaderno de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1300

1. TÍTULO

PROCESO DE GESTION DE ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

controles biológicos realizados.

INDICADORES

Indicador dicotómico (Sí/No): "Implantación del proceso de mejora para gestionar y controlar el material esterilizado".

Indicadores de resultado:

- N° paquetes material estéril sin indicador químico x 100 / N° total paquetes material estéril.

Fuente de datos: Gradilla de material esterilizado.

- N° incidencias mensuales en los registros de controles biológicos x 100 / N° registros.

Fuente de datos: Carpeta de registros de control biológico.

DURACIÓN

Planificación del Proyecto: marzo 2018.

Sesión clínica al EAP: abroñ 2018.

Taller práctico a profesionales enfermería: junio 2018.

Solicitud gradillas para almacenaje de paquetes: junio 2018.

Habilitación de cuarto de esterilización y estantería: junio-julio 2018.

Registro semanal de procesos y controles biológicos: julio - diciembre 2018.

Revisión mensual de paquetes esterilizados: julio - diciembre 2018.

Evaluación de resultados: enero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1311

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE JUAN ANTONIO PEÑALVER PARDO

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CANTIN LOPEZ ELISENDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Presentación del proyecto al EAP de Híjar:

15/01/2018. Presentación del borrador del proyecto de mejora para la sala de urgencias del Centro de Salud de Híjar como necesidad prioritaria para asegurar la disponibilidad del material necesario en la asistencia de la urgencia vital, tanto en el Centro de Salud como en las urgencias externas.

Febrero/2018. Solicitud de material básico y mobiliario dentro del Plan de necesidades anual para el centro de salud: maletines y carro de paradas.

Junio/2018, Solicitud de inclusión en el Programa de Gestión de Proyectos en el Servicio Aragonés de Salud - 2018. 1/10/2018. Exposición del procedimiento PO-06_AL (P) E "Procedimiento de organización del material de urgencias" al EAP de Híjar.

17/12/18. Información al EAP de la distribución del contenido del carro de paradas, de los maletines para la urgencia externa y del desfibrilador portátil.

2.- Revisión de la documentación y de las nuevas recomendaciones y propuesta de modificación al sector de los documentos en vigor.

Se informará al sector de las mínimas propuestas de cambio en el documento PO-06_AL (P) E "Procedimiento de organización del material de urgencias" para su revaloración.

3.- Reorganización de la sala de urgencias y de los maletines para las urgencias externas.

Septiembre 2018. Ubicación de un mueble transitorio para su empleo como carro de paradas y la distribución de su contenido.

Entre octubre y diciembre de 2018. Cambio en la disposición de la camilla, la plataforma de alza para realización de las compresiones torácicas efectiva y de calidad en la RCP, mobiliario de oficina, vitrina de fármacos y carros de curas.

Noviembre 2018. Ubicación del carro de paradas suministrado, y distribución de su contenido.

4.- Elaboración de una plantilla informática en formato de hoja de cálculo para OpenOffice, adaptada al modelo formato PO-06-1_AL(P)E, con la finalidad de optimizar los tiempos empleados en las revisiones.

Impresión de los diferentes algoritmos recogidos en el documento "Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). Resumen Ejecutivo" para su disposición en la sala de urgencias y en el dossier para los maletines.

5.- Actividad de formación.

9/7/2018. Exposición con el título "Soporte vital básico" impartida por D. Alejandro Bierge Valero, monitor de soporte vital básico.

17/12/18. Información de la organización de la sala de urgencias impartida por el responsable y los otros tres componentes del equipo de mejora. El 18/02/19 repetición de la exposición referida, dirigida a las nuevas incorporaciones de personal sanitario tras el concurso de traslado de MAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

6.1 El proyecto se ha presentado al equipo: SI.

6.2 La documentación ha sido revisada: SI . Se ha comunicado al sector la propuesta de modificación: NO, se realizará al cierre de la memoria.

6.3 El área de urgencias se ha reorganizado para proporcionar una atención efectiva y segura en situaciones de urgencia crítica : SI.

6.4 Se ha realizado la formación: SI.

6.5 Incidencias registradas durante el desarrollo del proyecto y medidas correctoras realizadas: SI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La reorganización del material del centro y la supervisión mensual de urgencias han aumentado la seguridad tanto de los pacientes como de los profesionales. Ha supuesto un cambio cultural que ha dado lugar a algunas incidencias que cada vez son menos gracias a la colocación de los precintos. La revisión de las recomendaciones de resucitación ha hecho que resaltemos ante el equipo estas 3 recomendaciones:

Las compresiones torácicas de alta calidad con una frecuencia de 100-120 por minuto, de profundidad adecuada (5 cm) sigue siendo esencial para mejorar los resultados de la resucitación. Las pausas de las compresiones para insuflar el tórax no deben superar los 10 segundos. Se mantiene la relación compresión:ventilación 30:2.

La desfibrilación externa automatizada en los 3-5 primeros minutos del colapso puede conseguir una tasa de supervivencia de hasta un 70%.

La rápida actuación es indispensable para la mejora de los resultados de la RCP en la parada cardiorespiratoria.

Por esto el orden y la seguridad de la disponibilidad del material de urgencias acortan el tiempo para realizar la asistencia sanitaria en las situaciones críticas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1311

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1311 ===== ***

Nº de registro: 1311

Título
MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO, TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL, CANTIN LOPEZ ELISENDA, BURRIEL AGUDO OSCAR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace años disponemos en el sector del PO-06_AL(P)E "Procedimiento de organización del material de urgencias", del PO-04_AL(P)E "Procedimiento operativo de gestión del equipamiento en los equipos de atención primaria" y del PO-02_AL(P)E "Procedimiento operativo de control y gestión de los botiquines de medicamentos en los equipos de atención primaria", con los que se organiza lo referente a la atención a la urgencia en el centro de salud. Las recomendaciones aprobadas por el Consejo Español de RCP y el European Resuscitation Council (ERC) en relación con el soporte vital básico recomiendan revisar y actualizar, si procede, el documento que establece las instrucciones y el procedimiento para la gestión, identificación de contenidos y plan de mantenimiento del carro de paradas y maletines de urgencias en los centros de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Revisión y propuesta de actualización (si procede) de los procedimientos de organización del material de urgencias y de gestión del equipamiento en los equipos de atención primaria del sector.
Reorganización del área de urgencias del centro de salud para proporcionar una atención efectiva y segura en situaciones críticas.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP de Híjar en reunión de equipo. 1Semestre 2018.
2. Revisión de la documentación y de las nuevas recomendaciones, y propuesta de modificación al sector de los documentos en vigor, si procede. 1Semestre 2018.
3. Reorganización del área urgencias del centro de salud para proporcionar una atención efectiva y segura en situaciones críticas. 2Semestre 2018.
4. Actividad de formación (junio-octubre 2018).
a) RCP básica, durante el 2º semestre de 2018 (entre junio y octubre), impartida por D. Alejandro Bierge Valero, monitor de soporte vital básico.
b) Organización del área de urgencias, impartida por el responsable y colaboradores del proyecto.

INDICADORES
1. El proyecto ha sido presentado al equipo (si/no).
2. La documentación ha sido revisada y se ha comunicado a la dirección del sector la propuesta de modificación, si procede. (si/no)
3. El área de urgencias ha sido reorganizado para proporcionar una atención efectiva y segura en situaciones críticas (si/no)
4. Se ha realizado la formación (si/no).
5. Incidencias registradas durante el desarrollo del proyecto. Medidas correctoras realizadas (si/no).

DURACIÓN
1 Semestre 2018
Difusión e información del proyecto al equipo del EAP.
Revisión de la documentación y de las nuevas recomendaciones, y propuesta de modificación al sector de los documentos en vigor, si procede.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1311

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

2 Semestre 2018

Reorganización del área de urgencias del centro de salud para proporcionar una atención efectiva y segura en situaciones críticas.
Actividades de formación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1330

1. TÍTULO

INVENTARIO DEL MATERIAL QUIRURGICO Y CONFECCION POSTERIOR DE EQUIPOS PARA CIRUGIA MENORAMBULATORIA, SUTURA Y CURAS EN EL C.S. DE HIJAR

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE ANDRES RUBIO DEL PERAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL
BURRIEL AGUDO OSCAR
VALERO SALAS JESUS
MEDINA MORA CRISTINA
CASANOVAS SEVILLANO RAQUEL
ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó un inventario con todo el instrumental quirúrgico existente en el C.S de Hajar, donde se incluía el nombre del material y la referencia, siempre y cuando fuera legible. Se desechó el instrumental que no se encontraba en un estado óptimo de conservación para poder cumplir con su cometido. Se retiraron tijeras despuntadas, pinzas oxidadas, rotas o deformadas y todo aquel material que no pudiese emplearse en la confección de los equipos de curas, cirugía menor ambulatoria (C.M.A.) y suturas. El material inservible por su mal estado se desechó y el que se encontraba en buen estado, aunque no pudiese ser empleado en estos equipos, se guardó por si fuese de utilidad en un futuro.

Se pidió nuevo material para suplir el estropeado y se confeccionaron los equipos en el calendario previsto. En dicho periodo se celebraron 4 reuniones de equipo donde se revisó todo el material, se confeccionaron los equipos y se realizó la memoria final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados conseguidos han sido buenos. Los nuevos equipos de instrumental quirúrgico confeccionados cumplen plenamente con el propósito para el que han sido diseñados: C.M.A., sutura y curas.

Se han realizado:

2 equipos de C.M.A. dotados de: 1 pinza disección Adson con dientes, 1 pinza disección Adson sin dientes, 1 tijera de Mayo pequeña recta, 1 tijera Metzembaum pequeña curva, 2 mosquitos curvos, 1 Kocher recto, 1 porta-agujas pequeño y 1 pean porta-torundas.

4 equipos de suturas con: 1 pinza de disección pequeña con dientes, 1 porta-agujas pequeño y 1 tijera de Mayo recta.

4 equipos de curas: 1 Pean porta-torundas y 1 pinza de disección sin dientes.

Se ha realizado un listado con todo el material referenciado y agrupado por equipos (C.M.A, suturas y curas), así como de todo el material quirúrgico existente en el Centro que se usa para otros procedimientos o que ha dejado de usarse en la actualidad pero que podría ser de utilidad futura.

No hay incidencias por falta de material, material inadecuado o estropeado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha mejorado la asistencia a los pacientes al disponer de equipos con todo el material necesario para realizar las intervenciones previstas: C.M.A., curas y suturas. Además la revisión de todo el material existente y la confección de los nuevos equipos ha facilitado el acceso de los profesionales sanitarios a dicho material y ha aumentado la satisfacción de estos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1330 ===== ***

Nº de registro: 1330

Título
INVENTARIO DEL MATERIAL QUIRURGICO Y CONFECCION POSTERIOR DE EQUIPOS PARA CIRUGIA MENOR AMBULATORIA, SUTURA Y CURAS EN EL C.S. DE HIJAR

Autores:
RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES, TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL, ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL, BURRIEL AGUDO OSCAR, VALERO SALAS JESUS, MEDINA MORA CRISTINA, CASANOVAS SEVILLANO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1330

1. TÍTULO

INVENTARIO DEL MATERIAL QUIRURGICO Y CONFECCION POSTERIOR DE EQUIPOS PARA CIRUGIA MENORAMBULATORIA, SUTURA Y CURAS EN EL C.S. DE HIJAR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Ante la demanda por parte de los profesionales de enfermería y medicina de instrumental quirúrgico adecuado para la realización de diversos procedimientos como intervenciones de cirugía menor ambulatoria, curas, sutura de heridas, etc., se hace necesario abordar la revisión de todo el instrumental quirúrgico existente en el Centro de Salud de Hajar para comprobar su idoneidad para estos acometidos, así como la confección de equipos con este instrumental para facilitar la realización de estos procedimientos.
Los profesionales vienen detectando en los últimos años que el material va disminuyendo en número y que se va deteriorando por un uso excesivo y/o inadecuado. Posiblemente el inventariado del material existente en la actualidad, así como el agruparlo en diferentes equipos para procedimientos específicos, podría reportar un mayor control sobre este y un uso más adecuado del mismo.
Tras la revisión del material existente, se determinará cual se podrá aprovechar para confeccionar los nuevos equipos así como el material nuevo que habría que solicitar.
El material con el que se cuenta en la actualidad es escaso, parte de él se encuentra en mal estado y otra parte es inadecuado para los procedimientos que se realizan en atención primaria: pinzas de disección muy grandes, mucho material con dientes, tijeras inapropiadas y que no cortan, porta-agujas con la zona de agarre de la aguja desgastada, etc.
Este proyecto de mejora serviría para optimizar los recursos con los que contamos así como para hacer una previsión de pedido (nuevo material quirúrgico) más acorde con la actividad que estamos desarrollando en el centro. Esto repercutiría además en la mejor atención de los pacientes, mayor satisfacción de los profesionales de enfermería y medicina que usan este instrumental y un menor gasto económico.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar la atención a todos los usuarios del C.S. de Hajar a los que se les realice cualquier práctica donde se use instrumental quirúrgico.
2. Mejorar el control y uso del instrumental quirúrgico del C.S. de Hajar.
3. Responsabilizar a los profesionales de enfermería y medicina en su control y uso.

MÉTODO

En primer lugar hay que realizar un inventariado de todo el material quirúrgico existente. Posteriormente se inspeccionará para determinar su estado así como su idoneidad para las actividades que se realizan en el centro: curas, cirugía menor ambulatoria (C.M.A.) y suturas fundamentalmente. Luego se agruparán los materiales para confeccionar diferentes equipos quirúrgicos: equipo de C.M.A., equipo de curas y equipo de sutura. Y finalmente si faltase algún material (pinza de disección, porta-agujas, tijera curva, pean, etc.) para completar los equipos se solicitaría.

Recursos materiales:

- Una plantilla en word/Excel o similar para anotar el material quirúrgico del centro.
- Un equipo del centro.
- Material nuevo para completar los equipos quirúrgicos siempre y cuando fuese necesario.

Reuniones previstas:

- Reunión previa al comienzo de la actividad de mejora para debatir algún tema de interés, dudas y estrategias de afrontamiento.
- Reunión tras la revisión e inventariado del material.
- Una o dos reuniones para determinar el estado de la confección de los equipos.
- Reunión para finalizar el proyecto previa a la memoria.
- Todas aquellas reuniones que sean necesarias ante imprevistos y para el buen desarrollo del proyecto de mejora.

INDICADORES

- nº de incidencias por falta de material, material inadecuado o estropeado en 1 año.
(Las incidencias las realizarán los profesionales sanitarios del centro a través del intranet del sector de alta)
- La realización de un listado con todo el material referenciado y agrupado por equipos (equipo de CMA, de curas y suturas), tanto del existente en la actualidad como del nuevo si fuese necesario pedirlo)

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1330

1. TÍTULO

INVENTARIO DEL MATERIAL QUIRURGICO Y CONFECCION POSTERIOR DE EQUIPOS PARA CIRUGIA MENORAMBULATORIA, SUTURA Y CURAS EN EL C.S. DE HIJAR

- Inventariado del material quirúrgico. Duración prevista 1 mes desde la aprobación de la mejora. Responsables: José Andrés Rubio del Peral, Daniel Tornos Pérez y Jesús Valero Salas.
- Valorar estado e idoneidad: Duración prevista 1 mes desde la aprobación de la mejora. Responsables: José Andrés Rubio del Peral, Daniel Tornos Pérez y Jesús Valero Salas.
- Confección de los diferentes equipos de instrumental quirúrgico: Duración prevista 1 mes tras la catalogación y revisión del material. Responsables: Raquel Casanovas Sevillano, Cristina Medina Mora, Marisol Artal Enfedaque y Oscar Burriel Agudo.
- Solicitud de nuevo material (si fuese preciso): Duración prevista 1 mes desde la realización de los equipos. Responsables: Marisol artal Enfedaque, Daniel Tornos Pérez y Oscar Burriel Agudo.
- Comunicación del proyecto: plan de comunicación. Tras la realización de los equipos. Responsable: José Andrés Rubio del Peral.
- Fecha prevista de inicio y finalización del proyecto: Desde la aprobación del proyecto de mejora hasta final de 2018.

OBSERVACIONES

El proyecto de mejora solo se realizará con el material disponible en la sala de urgencias del CS de Hajar.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1532

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE CARMELO DANIEL TORNOS PEREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GASPAR BLASCO ANTONIO
CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL
MEDINA MORA CRISTINA
BURRIEL AGUDO OSCAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1- En junio de 2018 se realiza una sesión informativa al Equipo en la que se da a conocer la "Estrategia de Atención Comunitaria en Aragón", explicando sus objetivos, finalidad y elementos participantes.
- 2- Se mantiene una reunión al finalizar el curso 2017-18 (junio 2018) con el Equipo Docente y Dirección del CEIP Luis Turón de Híjar, a fin de sugerir y diseñar un calendario de actividades para el curso 2018 - 19 con los alumnos del centro teniendo como temática la "Importancia de la Alimentación Saludable y el Ejercicio en la infancia", quedando a su disposición y concretando una reunión a la vuelta del verano y con el inicio del nuevo curso.
- 3- En julio se reparten cuestionarios a los profesionales sanitarios de los dos núcleos más poblados de la ZBS (Albalate del Arzobispo e Híjar), para recabar información sobre "iniciativas, instituciones y/o colectivos que realizan actividades de promoción de la salud en el territorio".
- 4- En otoño se solicita información en dos ocasiones al Coordinador del centro acerca del estado del Consejo de Salud de Zona (ya que oficialmente éste ostenta la Secretaría de dicho Órgano de Participación), y si está paralizado se le sugiere la reactivación del mismo.
- 5- En el mes de octubre el responsable del proyecto acude al CS Alcañiz en calidad de "Referente Comunitario" del centro, a la reunión informativa acerca de "Activos en Salud" que se da a conocer al Sector de Alcañiz por parte de Sanidad y de la Estrategia de Atención Comunitaria, presentando el protocolo y la herramienta disponible en OMI, a fin de ir haciendo un "Mapa de Activos" en nuestro territorio.
- 6- En ese mes se establece también contacto con el IES Pedro Laín Entralgo ya que por iniciativa de una profesora del centro se nos solicita la posibilidad de dar a los alumnos un taller sobre "Reanimación Cardiopulmonar y Soporte Vital Básico".
- 7- Dados los procesos de movilidad y concursos de traslados que afectan a diferentes trabajadores durante el otoño y culminando en enero de 2019, se decide posponer dichas reuniones y/o actividades hasta la resolución de los mismos, retomándolas a finales de enero de 2019, tras la llegada de la nueva pediatra.
- 8- A finales de enero se reestablece contacto con el Instituto de Híjar y se decide crear un grupo de trabajo para realizar charlas - talleres sobre Soporte Vital Básico y RCP en el centro escolar, fijando el inicio de dichas actividades en la primavera de 2019, presentándolo como Proyecto de Mejora de Atención Comunitaria para el ejercicio 2019 y dando así continuidad a nuestra "Agenda Comunitaria".

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Presentación de la Estrategia Comunitaria de Aragón:
100% del equipo médico del centro (8 MAP y 1 Pediatra), además de a 1 MAC.
85% del personal de enfermería (6 de 7 EAP), además de a 2 EAC.
100% del Trabajador Social (1).
Superando por tanto el estándar marcado (>80%).
- Se entregaron 5 cuestionarios a los profesionales sanitarios de los municipios de Albalate e Híjar (los cuales, habiéndose respondido 3 de ellos (60%). Estándar marcado >50%.
- Se mantienen 2 reuniones con agentes intersectoriales (Equipo docente del colegio Luis Turón y Profesora de Biología Elena Montori del IES Pedro Laín Entralgo de Híjar.
- No se ha podido presentar la Estrategia Comunitaria al Consejo de Salud de Zona, ya que no se ha celebrado el mismo.
- Sí se ha puesto en marcha un proyecto de Educación, pero en lugar de ser en el CEIP Luis Turón, se va a realizar en el IES Pedro Laín Entralgo de Híjar, comenzando en este año 2019. Dicho cambio se deriva de la mayor iniciativa
- implicación de éste último en relación con estas actividades.
- Fuentes: Profesionales del EAP CS Híjar.
Cuestionarios sobre "iniciativas de promoción de la salud".
Profesorado del CEIP y el IES de Híjar.
Coordinador médico de Híjar.
- Metodología: Reuniones, sesiones y cuestionarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido a los problemas mencionados de movilidad del personal, a la celebración de oposiciones en período otoñal y a la escasa motivación - implicación en un primer momento por parte de los profesionales del equipo, no se han podido llevar a cabo todas las acciones contempladas hasta la llegada de nuevos integrantes recién incorporados al equipo.

Así mismo, no se han podido identificar necesidades ni diseñar nuevas estrategias de actuación dado que no se ha celebrado el Consejo de Salud de Zona, importante órgano de participación de los agentes intersectoriales en cuanto a Salud Comunitaria y Promoción de la Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1532

1. TÍTULO

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

Dado que ya se han planificado talleres formativos sobre SVB y RCP básica en el Instituto, esperamos poder poner en marcha a lo largo de este año el desarrollo de la Agenda Comunitaria de nuestro centro, con nuevas iniciativas y acciones a desarrollar, así como conseguir reactivar y celebrar el Consejo de Salud de Zona a lo largo de este año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1532 ===== ***

Nº de registro: 1532

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

Autores:
TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL, GASPAS BLASCO ANTONIO, CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL, MEDINA MORA CRISTINA, BURRIEL AGUDO OSCAR

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: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El desarrollo del Servicio de Atención Comunitaria debe ser un pilar fundamental y estratégico que forme parte de la cartera de servicios de nuestro centro. Desarrollar dicha estrategia implica una serie de acciones organizativas y formativas por parte de los profesionales de Atención Primaria. Sabemos que en nuestro medio se realizan distintas acciones e iniciativas relacionadas con la salud (bien por iniciativas individuales de profesionales o bien por otros activos en salud), pero no están reflejadas ni contextualizadas en el organigrama de nuestro centro, así como publicitadas en el Consejo de Salud de Zona, siendo éste un órgano de participación esencial. La creación de una agenda comunitaria dará visibilidad a las distintas acciones e iniciativas que se vienen realizando por parte de los distintos profesionales y que no quedan registrados en ningún tipo de documento y también ayudará a fomentar de forma activa la participación ciudadana en temas de salud y a generar entornos y estilos de vida saludables.

RESULTADOS ESPERADOS
- Analizar las necesidades reales de la población de la zona de salud en materia de Educación y Salud Comunitaria.
- Creación de un Grupo de Trabajo en el centro de salud y la elaboración posterior de la Agenda Comunitaria.
- Identificar los distintos recursos y Activos en Salud de la zona.
- Establecer líneas de trabajo conjuntas entre el centro de salud y el colegio de Híjar (CEIP Luis Turón) con actividades formativas a sus alumnos, entendiendo la escuela como pieza clave para el aprendizaje de hábitos saludables.

MÉTODO
- Sesiones formativas presentando la Estrategia Comunitaria a los miembros del Equipo de Salud.
- Reparto de cuestionarios a profesionales responsables de cada localidad sobre "iniciativas o actividades de promoción de la salud que se realicen en su zona".
- Establecer contacto con Ayuntamiento, Consejo de Salud, Trabajador Social, Residencias, Comarca, colegio, instituciones y asociaciones para crear un entorno de Salud Comunitaria.
- Análisis de los datos obtenidos de las distintas reuniones para dar una respuesta a la demanda real por parte de los miembros del proyecto.
- Diseño físico de la Agenda Comunitaria.
- Puesta en marcha de la Agenda Comunitaria.

INDICADORES
- % de profesionales del EAP a los que se ha presentado la Estrategia Comunitaria (> 80%).
- Nº de cuestionarios entregados y respondidos (> 50%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1532

1. TÍTULO

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

- Nº de reuniones mantenidas con los distintos agentes intersectoriales.
- Indicador dicotómico (Sí/No): "¿Se ha presentado la Estrategia Comunitaria en el Consejo de Salud de Zona?".
- Indicador dicotómico (Sí/No): Puesta en marcha de un proyecto de Educación Comunitaria en el CEIP Luis Turón de Híjar.

DURACIÓN

- Planificación del proyecto: Junio 2018.
- Sesión informativa al EAP: Junio 2018.
- Reunión con Equipo Directivo del CEIP Luis Turón de Híjar: Junio 2018.
- Establecimiento de contactos comunitarios intersectoriales, incluyendo Consejo de Salud de zona: Julio a Octubre 2018.
- Análisis de los datos obtenidos en los distintos encuentros: Noviembre 2018.
- Diseño de la agenda y actividades a desarrollar: Diciembre 2018.
- Puesta en marcha de la Agenda: Enero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1532

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE CARMELO DANIEL TORNOS PEREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GASPAR BLASCO ANTONIO
CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL
MEDINA MORA CRISTINA
BURRIEL AGUDO OSCAR
GIL MARIN MARIA DEL MAR
TORO SEGOVIA MARITZA
GRACIA TORRALBA LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- En marzo de 2019 se presenta en la Plataforma de Programas de Apoyo de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud el proyecto "Salvemos Vidas desde el Instituto: Taller de RCP y Soporte Vital Básico", previa información y solicitud de colaboradores ante el Equipo de Atención Primaria. En dicho proyecto participan 8 miembros del equipo: 2 EAC (Raquel Casasnovas Sevillano y Cristina Medina Mora), 2 MAC (Elisenda Cantín López y María Royo Blesa), 1 MAP (Julián Laguna Sarria), 1 Pediatra (M^a Mar Gil Marín) y 2 EAP (José Andrés Rubio del Peral y Daniel Tornos Pérez, responsable del mismo). A lo largo del año se realizan 7 talleres entre el Instituto de Educación Secundaria Pedro Laín Entralgo de Híjar y el Colegio Román García de Albalate del Arzobispo. Los talleres fueron dirigidos a alumnos de 6º de Primaria, de 1º y 4º de ESO. Se realizaron 3 talleres en marzo, 1 taller en mayo y otros 3 talleres en diciembre, abarcando por consiguiente 2 cursos escolares (2018-19 y 2019-20). En total han recibido los talleres 192 alumnos, de edades comprendidas entre los 12 y los 16 años. Para llevar a cabo dichos talleres ha sido fundamental la implicación de otros miembros del equipo que participaban indirectamente, cubriendo a los profesionales que impartían los talleres al tener que realizarlos en horario escolar (por las mañanas en días lectivos). También ha sido fundamental la colaboración y el compromiso de la Dirección, Jefatura de Estudios y profesorado implicado de los centros educativos. Los detalles de dicho proyecto se pueden ver en la Memoria del mismo (Memoria 2019/0852 de la presente convocatoria).

2- El día 3 de abril Daniel Tornos mantiene reunión en el centro de salud con Quino Monzón (Técnico de Deportes del Ayuntamiento de Híjar) y Javier Abad (Técnico de Deportes de la Comarca Bajo Martín), para dar a conocer la Estrategia Comunitaria de Aragón y la Recomendación de Activos, ya que éstos son responsables de diversas actividades que valoramos positivamente los profesionales del equipo implicados en la "Acción Comunitaria" desde el punto de vista de la "promoción de la salud", los cuales se muestran participativos y dispuestos a colaborar en todo momento.

3- El día 8 de abril se mantiene reunión en el centro de salud con diversos profesionales del Equipo, a solicitud de Daniel Tornos, para informar de la Estrategia Comunitaria en Aragón y de la necesidad de crear un Grupo de Trabajo de Comunitaria en el centro, según indicación de la Dirección General del Salud, tal y como se aconsejó en el "Taller de Formador de Formadores en Estrategia de Atención Comunitaria: Agenda Comunitaria y Recomendación de Activos para la Salud", al cual asistió Daniel Tornos en Zaragoza el día 27 de marzo, junto a otras dos enfermeras del Sector (Ana M^a García - CS Andorra y Silvia Rico - CS Más de las Matas), siendo éstos el equipo encargado de transmitir la formación del mismo al resto de equipos de Atención Primaria del Sector Alcañiz, apoyados por la Directora de Enfermería de AP del Sector (Dña. M^a Dolores Llorens Palanca). Por lo que tras informar sobre el mismo se procede a constituir el Grupo de Trabajo de Atención Comunitaria (en adelante G.T.A.C.) en el CS Híjar, quedando el mismo integrado por: Dña. M^a Mar Gil Marín (pediatra), D. José Andrés Rubio del Peral (enfermero), D. Julián Laguna Sarria (médico), Dña. Raquel Casasnovas Sevillano (enfermera), D. Antonio Gaspar Blasco (trabajador social), Dña. Carmen Hurtado (matrona), D. Antonio Pablo Martínez Barselo (médico y coordinador del centro) y D. Daniel Tornos Pérez (enfermero y referente comunitario del equipo). Se establece mantener la siguiente reunión en junio.

4- A lo largo de abril se envían cartas de presentación del G.T.A.C. a la Comarca del Bajo Martín y a los Ayuntamientos de Híjar y Albalate del Arzobispo, con intención de seguir enviando al resto de instituciones y corporaciones locales existentes en la comarca. Además se crea y se informa de la dirección de correo electrónica del grupo, para mantener cualquier contacto (mail: saludhijarte@gmail.com)

5- El 15 de abril, Antonio Gaspar (Trabajador Social) y Daniel Tornos (enfermero), mantienen reunión en la sede de la comarca con trabajadoras sociales del Servicio Social de Base (Anabel López, M^a José Sanz, Gemma Martín), para informar y dar a conocer la Estrategia de Atención Comunitaria de Salud, la creación del G.T.A.C. en el CS Híjar y la intención de establecer acciones conjuntas y recomendación de activos.

6- El lunes 13 de mayo se realiza una sesión formativa y acreditada de 2 h. al Equipo del CS Híjar, dirigida a todos los profesionales del mismo, asistiendo un total de 19 personas (MAP, Pediatra, MAC, EAP, EAC y Trabajador Social), para dar a conocer la Estrategia de Atención Comunitaria y el funcionamiento de la Agenda Comunitaria como herramienta, dicho taller fue impartido por Ana García (enfermera del CS Andorra) y Daniel Tornos, y apoyado por Dña. M^a Dolores Llorens (Directora de Enfermería del Sector).

7- El 18 de junio se realiza la 2ª Reunión del G.T.A.C., informando de las acciones realizadas desde abril, además, se incorpora al Grupo Dña. Maritza Toro (matrona), en lugar de Carmen Hurtado, que abandona el centro en mayo para trabajar en otro lugar.

8- El 19 de junio Daniel Tornos imparte una charla en el Hogar del Pensionista de Híjar, sobre "Alimentación y Conservación de Alimentos" dirigida a población adulta en general, dentro del programa de actividades de la "Semana Cultural" que organiza la Asociación "Culturhijarte" en el municipio. Asisten una veintena de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1532

1. TÍTULO

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

personas, con buena acogida. Se establece seguir colaborando con ellos en próximos eventos.

9- A finales de junio Raquel Casasnovas (enfermera) presenta en la Plataforma de Programas de Apoyo de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud el proyecto "Paseos Saludables por Híjar", el cual se desarrolla desde julio hasta diciembre, realizándose todos los lunes en horario de 8:00 a 9:00, siempre que el tiempo lo permite, dirigido a población adulta en general y con patología crónica (HTA, DM, IC, osteoporosis, hipercolesterolemia...). En dicho proyecto han participado una media de entre 10 - 15 personas a diario, siendo valorada positivamente la actividad por éstos y mejorando sus cifras tanto de peso como de tensión arterial. Los detalles y resultados de este proyecto se pueden visualizar en la Memoria del mismo (2019/1207 de la presente convocatoria).

10- Entre junio y julio se sube en el blog de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón la actividad "Paseos Saludables por Híjar" como "Activo en Salud" propio del centro, para poder ser recomendado por profesionales del equipo. Siendo favorable su validación por parte de la Coordinadora de la Estrategia y siendo visible en la herramienta informática OMI desde septiembre. También ocurre lo mismo con la Agenda Comunitaria del CS Híjar, que se publicó a lo largo del verano y vio el visto bueno.

11- En octubre se pone en marcha el "Grupo de Crianza", dirigido a todas las madres de la zona con hijos menores de 12 meses, como espacio de encuentro donde aprender y compartir experiencias tanto a madres y padres que quieran participar y resolver sus inquietudes, favoreciendo un desarrollo saludable y apoyando el proceso de maternidad/paternidad. Dichos talleres son dirigidos por la matrona (Maritza Toro) los miércoles de 13:00 a 15:00, siendo puntualmente apoyados por el equipo de pediatría.

12- En octubre se envían cartas a diferentes agentes sociales e instituciones de la ZBS para informar de la intención de reactivar y constituir un nuevo Consejo de Salud de Zona, ya que llevaba varios años sin actividad, a fin de que designen un representante de los mismos para su constitución; se contacta con Comarca, Ayuntamientos, sindicatos, centros educativos, asociaciones y profesionales sanitarios locales. Como resultado se fija fecha y se realiza la constitución del Consejo de Salud de Zona de Híjar el día 19 de noviembre, realizándose en la sala de reuniones del centro de salud y asistiendo los siguientes representantes:

- D. Jesús Antonio Puyol Adell (Ayto. de Híjar)
- Dña. Isabel Arnas Andreu (Ayto. de Albalate del Arzobispo)
- D. José Luis Álvarez Prados (Ayto. de La Puebla de Híjar)
- D. Esteban Pamplona Lafaja (Ayto. de Urrea de Gaén)
- Dña. Gema Martín Ígado (Servicio Social de Base Comarcal)
- Dña. Clara Monforte (Veterinaria de Zona)
- Dña. María Elena Meseguer Laplana (Consejo Escolar)
- Dña. Asunción Dosset (Farmacéutica de Híjar)
- D. Francisco José Serrano Elizaguerra (Sindicato UGT)
- D. Carmelo Daniel Tornos Pérez (miembro EAP Híjar)
- D. Antonio Pablo Martínez Barseló (Secretario del Consejo)

13- El 26 de noviembre, Cristina Medina y Daniel Tornos (enfermeros) imparten unas charlas en el colegio de Urrea de Gaén y el de Vinacete (ambos pertenecientes al CRA Bajo Martín), sobre "Alimentación Saludable y Aparato Digestivo", previa solicitud de la Jefa de Estudios del centro (Dña. Natalia Gazulla Serón). Dirigido a niños de Primaria de edades comprendidas entre 6 y 10 años.

14- En diciembre se incorpora a los talleres del proyecto "Salvemos Vidas desde el Instituto" la nueva pediatra del centro, Lorena Gracia Torralba.

15- En diciembre también se analizan los resultados de los diferentes talleres, proyectos y actividades comunitarias realizadas a lo largo del año y se elaboran los borradores de las correspondientes memorias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- La Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón, así como la presentación de la "Agenda Comunitaria" como herramienta y espacio donde visibilizar todas las acciones comunitarias que se realicen desde el Centro de Salud y la importancia de identificar y recomendar diferentes "Activos en Salud" de la zona, ha sido presentada en diferentes sesiones al 100% del personal que trabaja en el EAP Híjar, incluyendo al personal de Atención Continuada, superando por tanto el estándar marcado (> 80%).

- Se han mantenido un total de 7 reuniones con agentes intersectoriales (Servicios Sociales de Base de la Comarca Bajo Martín, Técnico de Deportes de la Comarca Bajo Martín, Técnico de Deportes del Ayuntamiento de Híjar, Equipo Docente del IES Pedro Laín Entralgo de Híjar, Equipo Docente del CP Román García de Albalate del Arzobispo, Directora del CRA Bajo Martín y representantes de la Asociación Cultural Culturhijarte de Híjar).

- A lo largo del año 2019 se han puesto en marcha 2 proyectos de actividad comunitaria en la ZBS: "Salvemos Vidas desde el Instituto" y "Paseos Saludables por Híjar", con gran interés por parte de los profesionales implicados y buena aceptación de la población a la que han sido dirigidos. Continuando con dichas actividades ya instauradas en nuestra zona de salud. Además, se ha publicado la Agenda Comunitaria del centro, dentro de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón.

- Por tanto, se ha conseguido dar a conocer la importancia que tiene en nuestro sistema la realización de este tipo de actividades además de implicar a un número considerable de profesionales dentro del equipo, hecho de importante relevancia teniendo en cuenta que hace apenas un año la actividad comunitaria era prácticamente inexistente, y si la había no se visibilizaba.

- La metodología utilizada para llevar a cabo todas las actividades han sido reuniones, sesiones, talleres apoyados con material práctico y medios audiovisuales, además de realización de diferentes cuestionarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como responsable del proyecto, gracias al apoyo del Grupo de Trabajo de Atención Comunitaria del centro y del resto de profesionales que han permitido "dejar hacer", se valora positivamente todas las acciones emprendidas a lo largo del ejercicio 2019, dando continuidad en adelante a los proyectos realizados e invitando a nuevos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1532

1. TÍTULO

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

profesionales que se han incorporado recientemente a formar parte del grupo de trabajo y a liderar o participar en nuevos proyectos de interés comunitario. Del mismo modo, esperamos poder seguir avanzando en adelante en el desarrollo del Consejo de Salud de Zona con una nueva reunión en este primer trimestre, donde se visibilizará la acción comunitaria del centro y se abrirá un espacio para poder abordar nuevos retos e inquietudes que puedan surgir desde los agentes intersectoriales. Vamos a seguir desarrollando la Agenda Comunitaria y a lo largo de este año incorporando además nuevos "Activos en Salud" que podamos recomendar desde nuestras consultas, dada la relevancia que tienen para mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios, bien sean actividades propias del centro o bien de otros agentes del entorno.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1532 ===== ***

Nº de registro: 1532

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

Autores:
TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL, GASPAS BLASCO ANTONIO, CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL, MEDINA MORA CRISTINA, BURRIEL AGUDO OSCAR

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: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El desarrollo del Servicio de Atención Comunitaria debe ser un pilar fundamental y estratégico que forme parte de la cartera de servicios de nuestro centro. Desarrollar dicha estrategia implica una serie de acciones organizativas y formativas por parte de los profesionales de Atención Primaria. Sabemos que en nuestro medio se realizan distintas acciones e iniciativas relacionadas con la salud (bien por iniciativas individuales de profesionales o bien por otros activos en salud), pero no están reflejadas ni contextualizadas en el organigrama de nuestro centro, así como publicitadas en el Consejo de Salud de Zona, siendo éste un órgano de participación esencial. La creación de una agenda comunitaria dará visibilidad a las distintas acciones e iniciativas que se vienen realizando por parte de los distintos profesionales y que no quedan registrados en ningún tipo de documento y también ayudará a fomentar de forma activa la participación ciudadana en temas de salud y a generar entornos y estilos de vida saludables.

RESULTADOS ESPERADOS
- Analizar las necesidades reales de la población de la zona de salud en materia de Educación y Salud Comunitaria.
- Creación de un Grupo de Trabajo en el centro de salud y la elaboración posterior de la Agenda Comunitaria.
- Identificar los distintos recursos y Activos en Salud de la zona.
- Establecer líneas de trabajo conjuntas entre el centro de salud y el colegio de Híjar (CEIP Luis Turón) con actividades formativas a sus alumnos, entendiendo la escuela como pieza clave para el aprendizaje de hábitos saludables.

MÉTODO
- Sesiones formativas presentando la Estrategia Comunitaria a los miembros del Equipo de Salud.
- Reparto de cuestionarios a profesionales responsables de cada localidad sobre "iniciativas o actividades de promoción de la salud que se realicen en su zona".
- Establecer contacto con Ayuntamiento, Consejo de Salud, Trabajador Social, Residencias, Comarca, colegio, instituciones y asociaciones para crear un entorno de Salud Comunitaria.
- Análisis de los datos obtenidos de las distintas reuniones para dar una respuesta a la demanda real por parte de los miembros del proyecto.
- Diseño físico de la Agenda Comunitaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1532

1. TÍTULO

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

- Puesta en marcha de la Agenda Comunitaria.

INDICADORES

- % de profesionales del EAP a los que se ha presentado la Estrategia Comunitaria (> 80%).
- N° de cuestionarios entregados y respondidos (> 50%).
- N° de reuniones mantenidas con los distintos agentes intersectoriales.
- Indicador dicotómico (Sí/No): "¿Se ha presentado la Estrategia Comunitaria en el Consejo de Salud de Zona?".
- Indicador dicotómico (Sí/No): Puesta en marcha de un proyecto de Educación Comunitaria en el CEIP Luis Turón de Híjar.

DURACIÓN

- Planificación del proyecto: Junio 2018.
- Sesión informativa al EAP: Junio 2018.
- Reunión con Equipo Directivo del CEIP Luis Turón de Híjar: Junio 2018.
- Establecimiento de contactos comunitarios intersectoriales, incluyendo Consejo de Salud de zona: Julio a Octubre 2018.
- Análisis de los datos obtenidos en los distintos encuentros: Noviembre 2018.
- Diseño de la agenda y actividades a desarrollar: Diciembre 2018.
- Puesta en marcha de la Agenda: Enero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE MILAGROS CEBRIAN FRANCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MAELLA
· Localidad MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENEZ ANDRES FABIOLA
JARABA BECERRIL CARLOS
MIGUEL MENDEZ MANUELA
PARDOS CAMACHO ANDRES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan reuniones entre los profesionales que vamos a impartir el taller para preparar las presentaciones y acordar la dinámica de los talleres. Se revisan las últimas recomendaciones de las guías ERC y AHA. Posteriormente contactamos con los colegios para acordar la fecha en la que realizar el taller y con la unidad de formación del H. Alcañiz para solicitar los maniqués.

La actividad se realizó con niños de 5º y 6º de Primaria, con edades comprendidas entre 10-12 años. En total participaron 45 niños.

Se realizaron 3 sesiones, una en cada población (Maella, Nonaspe y Fabara). Las sesiones tuvieron una duración de 2.5 horas y constaban de un contenido teórico acerca de Reanimación Cardiopulmonar Básica, Cadena de Supervivencia, Atragantamiento/Maniobra de Heimlich y Posición Lateral de Seguridad; fueron impartidas en formato PowerPoint.

También se visualizan dos videos (Jacinto y sus amigos nos enseñan RCP, Atragantamiento con Jacinto y sus amigos).

Tras la sesión teórica se impartieron talleres prácticos con maniqués dividiendo los niños en tres grupos (práctica de RCP, posición lateral de seguridad y Atragantamiento/ Maniobra de Heimlich).

Antes de impartir la charla se pasa un test para valorar los conocimientos de los niños, este mismo test se repite a los días para valorar de nuevo conocimientos adquiridos. El test para valorar conocimientos constaba de 8 preguntas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado del test previo de conocimientos fue:

1 pregunta acertada: 3 alumnos
2 preguntas acertadas: 8 alumnos
3 preguntas acertadas: 10 alumnos
4 preguntas acertadas: 15 alumnos
5 preguntas acertadas: 7 alumnos
6 preguntas acertadas: 1 alumno
7 preguntas acertadas : ningún alumno
8 preguntas acertadas: 1 alumno.

Un 53% de los alumnos aprueban el cuestionario (24 alumnos).

El resultado del test unos días después de realizar la actividad fue:

1 pregunta acertada: ningún alumno
2 preguntas acertadas: 1 alumno
3 y 4 preguntas acertadas: ningún alumno
5 preguntas acertadas: 3 alumnos
6 preguntas acertadas: 12 alumnos
7 preguntas acertadas: 14 alumnos
8 preguntas acertadas 15 alumnos.

Un 98% de los alumnos aprueban el cuestionario (42 alumnos de 43).

El test posterior no fue contestado por 2 alumnos.

Se observa una clara mejora en la adquisición de conocimientos tras la realización de la actividad.

Las preguntas que mejor responden tras recibir la clase fueron:

¿Qué es la maniobra de Heimlich? solo la fallaron dos alumnos, ¿Cómo se realiza la reanimación cardiopulmonar? y ¿Si te encuentras con una persona desmayada en el suelo, cuál es la primera medida que debes realizar? Solo fallaron tres alumnos cada pregunta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cualquier persona puede salvar una vida, incluso los niños.
Es necesario dar formación a los niños sobre RCP en edad escolar, esto puede salvar más vidas, mejorar la productividad de la sociedad y reducir los costos de salud.
Los participantes y los profesores de los centros mostraron un gran interés por la actividad.

Ha quedado pendiente impartir el taller a los niños de 5º de primaria del CEIP de Maella, ya que por volumen de niños se decidió que fuera impartido solo a los de 6º.
Se valorar continuar con el proyecto este año, con el objetivo de realizar esta actividad con los niños de 6º de primaria del CEIP Maella y con los de lero de la ESO del Instituto de Educación Secundaria.

7. OBSERVACIONES.

Dada la movilidad del personal del Centro de Salud de Maella, para la continuación del proyecto en este año 2019, se modifican los componentes del equipo de mejora.

Dejan de formar parte de él:

GIMENEZ ANDRES FABIOLA,
JARABA BECERRIL CARLOS,
MIGUEL MENDEZ MANUELA.

Se incorporan como nuevos componentes:

HERREJON SILVESTRE RICARDO V.
GIMENO FELIU CARMEN
BARBERENA ARANO LOURDES

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1173 ===== ***

Nº de registro: 1173

Título
TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/ MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

Autores:
CEBRIAN FRANCO MILAGROS, GIMENEZ ANDRES FABIOLA, PARDOS CAMACHO ANDRES, JARABA BECERRIL CARLOS, MIGUEL MENDEZ MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAELLA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La zona básica de Salud de Maella comprende tres poblaciones, Maella, Fabara y Nonaspe. Da servicio a unos 4100 habitantes aproximadamente. En Maella se encuentra ubicado el centro de Salud, y es donde se realiza la atención continuada. En las otras poblaciones se realiza consulta sanitaria de lunes a viernes en horario de mañanas. Nonaspe se encuentra a 20 km del Centro de Salud de Maella y Fabara a 10 Km. Asimismo la UVI y Hospital más cercano están a unos 70 km de la población más lejana de nuestra zona básica.
Entre los 10 principios del "European Resuscitation Council" (ERC) - incrementar la supervivencia de la parada cardiorrespiratoria (PCR) con la campaña "Kids Save Lives" ("Los niños salvan vidas"), tenemos:

1. Cualquier persona puede salvar una vida, incluso los niños pueden hacerlo.
2. Hasta dos horas de formación en Resucitación Cardiopulmonar (RCP) al año para niños en edad escolar son suficientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

3. Los programas nacionales que forman a niños en edad escolar en RCP pueden salvar más vidas, mejorar la productividad de la sociedad y reducir los costos de salud.

Por todo esto creemos que cada vez es más necesaria la formación en primeros auxilios y en RCP en nuestra zona de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto va destinado a los alumnos (9 -11 años) de los Centros Escolares de la Zona Básica de Salud de Maella.

OBJETIVOS GENERALES:

- Proporcionar a los alumnos de los centros escolares conocimientos básicos sobre primeros auxilios, conocimiento de la cadena de supervivencia y maniobra de Heimlich.
- Aumentar los recursos y destrezas individuales y grupales en primeros auxilios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer a quién deben avisar ante una situación de urgencia.
- Mantener la calma en un momento crítico, llevar a cabo de manera correcta una reanimación cardiopulmonar (RCP) y resolver una situación de riesgo gracias a la maniobra de Heimlich.
- Los niños, después de la actividad, sabrán reconocer situaciones sanitarias que se pueden dar en su día a día y sabrán actuar de forma básica.
- Los niños también aprenderán responsabilidad social relevante y habilidades sociales.

MÉTODO

- Realización de test para determinar conocimientos previos.
- Sesión teórica sobre RCP.
- Sesión teórica sobre Atragantamiento - Maniobra de Heimlich.
- Sesión práctica de 1.30 horas (división en grupos para la adquisición de destrezas en RCP, atragantamiento, posición lateral de seguridad y fijar conocimientos).
- Al finalizar realizar de nuevo el mismo test para evaluación del aprovechamiento de la actividad.
- Encuesta de satisfacción a los alumnos y profesores.

INDICADORES

- Cuestionario para valorar los conocimientos previos a la actividad y adquiridos al finalizar la misma.
- Encuesta de satisfacción de alumnos y profesores

DURACIÓN

- Junio - Septiembre 2018: Elaboración del contenido teórico de la actividad.
- Septiembre 2018: Puesta en contacto con los colegios.
- Octubre-Noviembre 2018: Llevar a cabo la actividad: 3 días lectivos (1 día en cada centro escolar de cada población) en horario de mañanas o tardes según conveniencia del colegio y disponibilidad de los maniqués.
- Diciembre 2018 elaboración memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Según resultados se prevé la continuidad anual de esta actividad y ampliación a otros grupos de edad.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE MILAGROS CEBRIAN FRANCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MAELLA
· Localidad MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENEZ ANDRES FABIOLA
PARDOS CAMACHO ANDRES
JARABA BECERRIL CARLOS
MIGUEL MENDEZ MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La actividad se realizó con niños de 5º y 6º de primaria con edades comprendidas entre 10-12 años, en total participaron 45 niños y tres profesores. Se realizaron 3 sesiones, una en cada CEIP (Maella, Nonaspe y Fabara) . Las sesiones tuvieron una duración de 2.5 horas y constaban de un contenido teórico acerca de Reanimación Cardiopulmonar Básica, Cadena de Supervivencia, Atragantamiento/Maniobra de Heimlich y Posición Lateral de Seguridad; fueron impartidas en formato power-point, también se visualizan dos videos (Jacinto y sus amigos nos enseñan RCP y Atragantamiento con Jacinto y sus amigos).

Tras la sesión teórica se impartieron talleres prácticos con maniqués dividiendo los niños en tres grupos (uno para práctica de RCP, otro para práctica de posición lateral de seguridad y otro de Atragantamiento/ Maniobra de Heimlich).

Antes de impartir la charla se pasa un test para valorar los conocimientos de los niños, este mismo test se repite a los días para valorar de nuevo conocimientos adquiridos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El test para valorar conocimientos constaba de 8 preguntas. Se obtiene tras consultar dos trabajos de Fin de grado de Enfermería sobre Educación para la Salud.

El resultado del test previo de conocimientos fue:

1 pregunta acertada: 3 alumnos
2 preguntas acertadas: 8 alumnos
3 preguntas acertadas: 10 alumnos
4 preguntas acertadas: 15 alumnos
5 preguntas acertadas: 7 alumnos
6 preguntas acertadas: 1 alumno
7 preguntas acertadas : ningún alumno
8 preguntas acertadas: 1 alumno.
24 alumnos aprueban el cuestionario.

El resultado del test unos días después de realizar la actividad fue:

1 pregunta acertada: ningún alumno
2 preguntas acertadas: 1 alumno
3 y 4 preguntas acertadas: ningún alumno
5 preguntas acertadas: 3 alumnos
6 preguntas acertadas: 12 alumnos
7 preguntas acertadas: 14 alumnos
8 preguntas acertadas 15 alumnos.
42 alumnos de 43 aprueban el cuestionario.
El test posterior no fue contestado por 2 alumnos.

Se observa una clara mejora en la adquisición de conocimientos tras la realización de la actividad.

Las preguntas que mejor responden tras recibir la clase fueron:

¿Qué es la maniobra de Heimlich? solo la fallaron dos alumnos, ¿Cómo se realiza la reanimación cardiopulmonar? y ¿Si te encuentras con una persona desmayada en el suelo, cuál es la primera medida que debes realizar? solo fallaron tres alumnos cada pregunta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cualquier persona puede salvar una vida, incluso los niños.

Es necesario dar formación a los niños sobre RCP en edad escolar, esto puede salvar más vidas, mejorar la productividad de la sociedad y reducir los costos de salud.

Los participantes y los profesores de los centros mostraron un gran interés por la actividad.

Nos han solicitado formación en Primeros Auxilios profesores del Centro de Educación Secundaria de Maella, pero dada la movilidad de personal sanitario del Centro de Salud, de momento posponemos dicha formación para próximos años.

7. OBSERVACIONES.

Por falta de tiempo no se realizó encuesta de satisfacción a alumnos y profesores. Pero se manifestó verbalmente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1173 ===== ***

Nº de registro: 1173

Título
TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/ MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

Autores:
CEBRIAN FRANCO MILAGROS, GIMENEZ ANDRES FABIOLA, PARDOS CAMACHO ANDRES, JARABA BECERRIL CARLOS, MIGUEL MENDEZ MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAELLA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La zona básica de Salud de Maella comprende tres poblaciones, Maella, Fabara y Nonaspe. Da servicio a unos 4100 habitantes aproximadamente. En Maella se encuentra ubicado el centro de Salud, y es donde se realiza la atención continuada. En las otras poblaciones se realiza consulta sanitaria de lunes a viernes en horario de mañanas. Nonaspe se encuentra a 20 km del Centro de Salud de Maella y Fabara a 10 Km. Asimismo la UVI y Hospital más cercano están a unos 70 km de la población más lejana de nuestra zona básica. Entre los 10 principios del "European Resuscitation Council" (ERC) - incrementar la supervivencia de la parada cardiorrespiratoria (PCR) con la campaña "Kids Save Lives" ("Los niños salvan vidas"), tenemos:

1. Cualquier persona puede salvar una vida, incluso los niños pueden hacerlo.
2. Hasta dos horas de formación en Resucitación Cardiopulmonar (RCP) al año para niños en edad escolar son suficientes.
3. Los programas nacionales que forman a niños en edad escolar en RCP pueden salvar más vidas, mejorar la productividad de la sociedad y reducir los costos de salud.

Por todo esto creemos que cada vez es más necesaria la formación en primeros auxilios y en RCP en nuestra zona de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto va destinado a los alumnos (9 -11 años) de los Centros Escolares de la Zona Básica de Salud de Maella.

OBJETIVOS GENERALES:

- Proporcionar a los alumnos de los centros escolares conocimientos básicos sobre primeros auxilios, conocimiento de la cadena de supervivencia y maniobra de Heimlich.
- Aumentar los recursos y destrezas individuales y grupales en primeros auxilios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer a quién deben avisar ante una situación de urgencia.
- Mantener la calma en un momento crítico, llevar a cabo de manera correcta una reanimación cardiopulmonar (RCP) y resolver una situación de riesgo gracias a la maniobra de Heimlich.
- Los niños, después de la actividad, sabrán reconocer situaciones sanitarias que se pueden dar en su día a día y sabrán actuar de forma básica.
- Los niños también aprenderán responsabilidad social relevante y habilidades sociales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

MÉTODO

- Realización de test para determinar conocimientos previos.
- Sesión teórica sobre RCP.
- Sesión teórica sobre Atragantamiento - Maniobra de Heimlich.
- Sesión práctica de 1.30 horas (división en grupos para la adquisición de destrezas en RCP, atragantamiento, posición lateral de seguridad y fijar conocimientos).
- Al finalizar realizar de nuevo el mismo test para evaluación del aprovechamiento de la actividad.
- Encuesta de satisfacción a los alumnos y profesores.

INDICADORES

- Cuestionario para valorar los conocimientos previos a la actividad y adquiridos al finalizar la misma.
- Encuesta de satisfacción de alumnos y profesores

DURACIÓN

- Junio - Septiembre 2018: Elaboración del contenido teórico de la actividad.
- Septiembre 2018: Puesta en contacto con los colegios.
- Octubre-Noviembre 2018: Llevar a cabo la actividad: 3 días lectivos (1 día en cada centro escolar de cada población) en horario de mañanas o tardes según conveniencia del colegio y disponibilidad de los maniqués.
- Diciembre 2018 elaboración memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Según resultados se prevé la continuidad anual de esta actividad y ampliación a otros grupos de edad.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO /MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE MILAGROS CEBRIAN FRANCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MAELLA
· Localidad MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENEZ ANDRES FABIOLA
JARABA BECERRIL CARLOS
MIGUEL MENDEZ MANUELA
PARDOS CAMACHO ANDRES
GIMENO FELIU CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se imparten talleres a los alumnos de 5º y 6º de primaria en el año 2018, y a los alumnos de 1º y 2º de la ESO del IES BAIX Matarranya en el año 2019.

Se realizan reuniones entre los profesionales que vamos a impartir el taller para preparar las presentaciones y acordar la dinámica de los talleres. Se revisan las últimas recomendaciones de las guías ERC y AHA. Posteriormente contactamos con los colegios para acordar la fecha en la que realizar el taller y con la Unidad de Formación del H. Alcañiz para solicitar los maniqués.

En el año 2018 participaron 45 alumnos de 5º y 6º de Primaria, con edades comprendidas entre 10-12 años. Se realizaron 3 sesiones, una en cada población (Maella, Nonaspe y Fabara).

En el año 2019 participaron 52 alumnos de 1º y 2º de la ESO con edades comprendidas entre los 12 y 16 años. Se imparten 4 sesiones a 4 clases en la misma mañana. En total el taller es impartido a 97 alumnos.

Las sesiones tuvieron una duración de 1.5-2 horas y constaban de un contenido teórico acerca de Reanimación Cardiopulmonar Básica, Cadena de Supervivencia, Atragantamiento/Maniobra de Heimlich y Posición Lateral de Seguridad; fueron impartidas en formato PowerPoint.

Tras la sesión teórica se impartieron talleres prácticos con maniqués dividiendo los niños en tres grupos (práctica de RCP, posición lateral de seguridad y Atragantamiento/ Maniobra de Heimlich).

Antes de impartir la charla se pasa un test para valorar los conocimientos de los alumnos, este mismo test se repite a los días para valorar de nuevo conocimientos adquiridos. El cuestionario para valorar conocimientos constaba de 8 preguntas tipo test.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el año 2018: Un 53% de los alumnos aprueban el cuestionario previo a la actividad (24 alumnos), el realizado posteriormente a la actividad es aprobado por un 98% de los alumnos. Se considera aprobado contestar 4 preguntas bien. Hay una notable mejoría en los resultados obtenidos: solo 2.2 % de los alumnos tienen 7 o más respuestas bien en el cuestionario previo y en el posterior un 64.4 % de los alumnos tienen 7 o más respuestas bien.

En el año 2019: Un 76% de los alumnos aprueban el cuestionario previo, el realizado posteriormente es aprobado por un 90 %, aprueban todos los alumnos que contestan el cuestionario 47 alumnos, 5 no lo contestan. También hay una notable mejoría de los resultados: solo 9.6% de los alumnos tiene 7 ó más preguntas bien en el cuestionario previo, en el posterior el 82% tienen 7 ó más respuestas bien.

En la encuesta de satisfacción se obtienen buenos resultados en la valoración global del curso (año 2019).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cualquier persona puede salvar una vida, incluso los niños.

Es necesario dar formación a los niños sobre RCP en edad escolar, esto puede salvar más vidas, mejorar la productividad de la sociedad y reducir los costos de salud.

Los participantes y los profesores de los centros mostraron un gran interés por la actividad.

En el año 2018 quedó pendiente impartir el taller a los niños de 5º de primaria del CEIP de Maella, ya que por volumen de niños fue impartido solo a los de 6º. Se intentó concretar fecha para el 2019 pero no ha sido posible.

7. OBSERVACIONES.

En el 2018 se produce movilidad del personal del Centro de Salud de Maella, para poder continuar con el proyecto en el año 2019, se modifican los componentes del equipo de mejora. Dejan de formar parte de él:

GIMENEZ ANDRES FABIOLA,
JARABA BECERRIL CARLOS
MIGUEL MENDEZ MANUELA.

Se incorporan como nuevos componentes:

GIMENO FELIU CARMEN

Por falta de tiempo no se realizó encuesta de satisfacción a alumnos y profesores en el año 2018. Se manifestó verbalmente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO /MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1173 ===== ***

Nº de registro: 1173

Título
TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/ MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

Autores:
CEBRIAN FRANCO MILAGROS, GIMENEZ ANDRES FABIOLA, PARDOS CAMACHO ANDRES, JARABA BECERRIL CARLOS, MIGUEL MENDEZ MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAELLA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La zona básica de Salud de Maella comprende tres poblaciones, Maella, Fabara y Nonaspe. Da servicio a unos 4100 habitantes aproximadamente. En Maella se encuentra ubicado el centro de Salud, y es donde se realiza la atención continuada. En las otras poblaciones se realiza consulta sanitaria de lunes a viernes en horario de mañanas. Nonaspe se encuentra a 20 km del Centro de Salud de Maella y Fabara a 10 Km. Asimismo la UVI y Hospital más cercano están a unos 70 km de la población más lejana de nuestra zona básica. Entre los 10 principios del "European Resuscitation Council" (ERC) - incrementar la supervivencia de la parada cardiorrespiratoria (PCR) con la campaña "Kids Save Lives" ("Los niños salvan vidas"), tenemos:

1. Cualquier persona puede salvar una vida, incluso los niños pueden hacerlo.
2. Hasta dos horas de formación en Resucitación Cardiopulmonar (RCP) al año para niños en edad escolar son suficientes.
3. Los programas nacionales que forman a niños en edad escolar en RCP pueden salvar más vidas, mejorar la productividad de la sociedad y reducir los costos de salud.

Por todo esto creemos que cada vez es más necesaria la formación en primeros auxilios y en RCP en nuestra zona de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto va destinado a los alumnos (9 -11 años) de los Centros Escolares de la Zona Básica de Salud de Maella.

OBJETIVOS GENERALES:

- Proporcionar a los alumnos de los centros escolares conocimientos básicos sobre primeros auxilios, conocimiento de la cadena de supervivencia y maniobra de Heimlich.
- Aumentar los recursos y destrezas individuales y grupales en primeros auxilios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer a quién deben avisar ante una situación de urgencia.
- Mantener la calma en un momento crítico, llevar a cabo de manera correcta una reanimación cardiopulmonar (RCP) y resolver una situación de riesgo gracias a la maniobra de Heimlich.
- Los niños, después de la actividad, sabrán reconocer situaciones sanitarias que se pueden dar en su día a día y sabrán actuar de forma básica.
- Los niños también aprenderán responsabilidad social relevante y habilidades sociales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO /MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

MÉTODO

- Realización de test para determinar conocimientos previos.
- Sesión teórica sobre RCP.
- Sesión teórica sobre Atragantamiento - Maniobra de Heimlich.
- Sesión práctica de 1.30 horas (división en grupos para la adquisición de destrezas en RCP, atragantamiento, posición lateral de seguridad y fijar conocimientos).
- Al finalizar realizar de nuevo el mismo test para evaluación del aprovechamiento de la actividad.
- Encuesta de satisfacción a los alumnos y profesores.

INDICADORES

- Cuestionario para valorar los conocimientos previos a la actividad y adquiridos al finalizar la misma.
- Encuesta de satisfacción de alumnos y profesores

DURACIÓN

- Junio - Septiembre 2018: Elaboración del contenido teórico de la actividad.
- Septiembre 2018: Puesta en contacto con los colegios.
- Octubre-Noviembre 2018: Llevar a cabo la actividad: 3 días lectivos (1 día en cada centro escolar de cada población) en horario de mañanas o tardes según conveniencia del colegio y disponibilidad de los maniquies.
- Diciembre 2018 elaboración memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Según resultados se prevé la continuidad anual de esta actividad y ampliación a otros grupos de edad.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE SILVIA RICO GASCON
· 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.

VILLALBA MIR ANA PILAR
GRACIA CARRASCO ELIAS
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER
BORRAZ MIR MARIA PILAR
TELMO MARTINEZ EVA MARIA
PITARCH CAÑADA PEDRO
BARDAJI RUIZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En septiembre de 2019, se propone al Colegio Público Valero Serrano de Mas de las Matas, impartir de nuevo las sesiones, pero se llega al acuerdo de impartirlas en primavera o final de curso escolar para que esté más espaciado en el tiempo.

En Octubre nos ponemos en contacto con el CRA Olea, y acordamos con ellos impartir las sesiones en octubre de 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En último trimestre de 2018 se realizaron las sesiones en las diferentes aulas, y dado que el curso escolar es otro, y el acuerdo alcanzado era impartirlas bianualmente, en septiembre decidimos iniciar de nuevo. Tras hablar con los equipos directivos, se acuerda impartirlas de nuevo a final del curso (2019/2020) en colegio de Mas de las Matas, y en octubre de 2020 en el CRA Olea, de esta forma instauramos ya la rueda de bianual, y separamos considerablemente en el tiempo, para poder comprobar si recuerdan conceptos ya impartidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es difícil coordinar estos proyectos con los colegios llevando curso escolar diferente a nuestro año natural, quizás lo tendríamos que haber tenido más en cuenta e iniciarlo en otra época del año. En 2020 terminaremos de sacar las conclusiones, tras poder valorar si los alumnos que ya habían recibido sesión anterior, recordaban conceptos básicos. De esta forma valoraremos dejar en cartera de servicios estos talleres en nuestras escuelas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/703 ===== ***

Nº de registro: 0703

Título
TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Autores:
RICO GASCON SILVIA, VILLALBA MIR ANA PILAR, GRACIA CARRASCO ELIAS, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, BORRAZ MIR MARIA PILAR, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, PITARCH CAÑADA PEDRO, BARDAJI RUIZ BEATRIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El lugar idóneo para iniciar con los conocimientos de primeros auxilios de manera temprana es la escuela. Los alumnos de infantil y primaria, son un grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad por lo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

que es de gran importancia, que sepan actuar ante ellos, hasta que sea posible la asistencia médica. En nuestro caso implementaremos la la formación por niveles, empezando por cuestiones básicas en la etapa infantil e ir introduciendo conocimientos de acuerdo a la edad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Implicar a los profesionales sanitarios del centro para impartir los cursos en las escuelas de la zona básica de salud.
- Explicar el uso correcto del 112.
- Mejorar la actitud ante una situación de emergencia vital de los alumnos
- Adaptar el contenido de las charlas a las edades.

MÉTODO

En nuestra zona básica de salud, hay 2 colegios, El colegio de Mas de las Matas, y el CRA (Colegio Rural Agrupado) Olea, que su sede se encuentra en Castellote, y ofrece la escolarización además en Aguaviva, Bordón, Cuevas de Cañart, La Ginebrosa y Foz calanda. Este último municipio pertenece al centro de salud de Calanda, pero dado que es de este CRA, impartiremos de la misma forma la clase, para que no haya desigualdad entre alumnos del mismo CRA.

En primer lugar se designaran los responsables del proyecto. Estos se pondrán en contacto con los directores de los colegios para conocer nuestro proyecto, y saber si estan dispuestos a participar. Así mismo se acordaran las fechas en que se impartiran los talleres. (septiembre-diciembre)

Preparamos el temario adaptado a la edad de los escolares, y acordamos que el taller de los de infantil tendrá una duración de 30 minutos, y el resto 1 h aproximadamente.

Utilizaremos medios audiovisuales vistosos para captar la atención de los pequeños, y llevaremos maniqués para poder para practicar, y a su vez les indicaremos que se traigan un peluche de su casa para poder practicar de manera grupal.

Los elementos fundamentales que deben constituir la formación son el reconocimiento de parada cardiaca, seguridad de la escena, obtención de ayuda llamando al 112, la administración de compresiones de calidad y la preparación emocional para reaccionar ante un emergencia.

Contenido según grupo de edad:

Grupo de 1-3 años

emergencia

112

¿para que sirve el 112?

¿que me preguntaran?, ¿que tengo que decir?

¿desde que telefono puedo llamar?

¿que es una RCP?

Practica de RCP solo con las manos

Grupo de (7-10 años)

Además de lo anterior primeros auxilios en caso de epistaxis, atragantamiento, heridas, quemaduras, sincope y convulsiones.

Grupo (11-12 años)

Lo mismo que en los anteriores con la diferencia que la rcp se les enseñara completa.

Se realizara en cada grupo un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología.

INDICADORES

niños participantes/total de niños entre ambos colegios

niños por escuela/ total de niños de cada escuela

profesores asistentes

pre-test y post-test adecuado a la edad e los niños y valorar conocimientos adquiridos.

Resultados de la encuesta de satisfacción de niños. Seran 10 preg con 4 respuestas a elegir entre nada, poco bastante y mucho

DURACIÓN

En el mes de junio se deciden responsables.

Julio y agosto se prepara el taller.

Octubre noviembre y diciembre se desarrollan los talleres.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Fecha de entrada: 13/01/2019

2. RESPONSABLE SILVIA RICO GASCON
· 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.

VILLALBA MIR ANA PILAR
GRACIA CARRASCO ELIAS
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER
BORRAZ MIR MARIA PILAR
TELMO MARTINEZ EVA MARIA
PITARCH CAÑADA PEDRO
BARDAJI RUIZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En nuestra Zona Básica de Salud, hay 2 colegios, el Colegio de Mas de las Matas y el Cra Olea con sede en Castellote, abarcando la escolarización al resto de nuestros niños, y a Foz Calanda, que pertenece a CS Calanda. Ya consideramos al plantearnos el proyecto, que las aulas era el espacio idóneo para iniciarse con las prácticas de RCP, además teniendo en cuenta la gran dispersión que tiene nuestra zona, es fundamental que la población tenga conocimientos de RCP.

Al inicio del proyecto se designó un responsable (Silvia Rico Gascón), quien se puso en contacto con los directores de ambos colegios, presentando el proyecto. Nos comunican que en el Cra Olea son un total de 105 alumnos, y en Colegio de Mas de las Matas 90. Una vez que los colegios aprueban en consejo escolar la aceptación de nuestro proyecto en sus aulas, nos ponemos a preparar material didáctico adaptado a las distintas edades de los niños, y a solicitar los maniqués a servicio de Formación de Alcañiz y a la asociación Cuidae. A su vez y aprovechando que en cada uno de los pueblos de esta Zona Básica de Salud hay Desfibrilador, por gentileza de las comarcas, pasamos a revisar cómo y dónde se encuentran en cada municipio, para en cada aula mostrarles el que tienen en cada pueblo y la manera de llegar a ellos. Esto nos llevo a descubrir que no se está haciendo un mantenimiento correcto de los aparatos y casi ningún niño ni maestro tenía conocimiento de la existencia del DESA en el municipio.

A continuación se fijan fechas en consenso con los tutores de las distintas aulas, así quedó fijado el calendario:

El día 24 de octubre por la mañana, grupo de infantil del colegio Mas de las Matas.
El día 24 de octubre por la tarde, grupo de 1º y 2º de primaria del colegio Mas de las Matas.
El día 27 de octubre en Cra Olea, aula de Castellote de 4º, 5º y 6º de primaria.
El día 19 de noviembre en Cra Olea, aula de infantil, 1º y 2º de primaria de Castellote.
El día 21 de noviembre en Cra Olea, aula de infantil 1º y 2º de Aguaviva, a primera hora.
El día 21 de noviembre en Cra Olea, aula de 3º, 4º 5º y 6º de Aguaviva a última hora.
El día 28 de noviembre en Cra Olea, aula de infantil 1º y 2º de La Ginebrosa.
El día 28 de noviembre en Cra Olea, aula de 3º, 4º 5º y 6º de La Ginebrosa a última hora.
El día 20 de diciembre en Cra Olea, aula de Cuevas de Cañart. Todos sus alumnos juntos.
El día 9 de Enero de 2019, Cra Olea, aula de Bordón. Todos sus alumnos juntos.
El día 11 de Enero de 2019, Cra Olea, aula de Foz Calanda (impartido por personal de Centro de Salud de Calanda), Todos sus alumnos juntos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Niños participantes/ total de niños entre ambos colegios

El total de niños matriculados entre ambos colegios es de 195 alumnos. Los alumnos que asistieron a los talleres 186. Por lo tanto 186 participantes/195 matriculados = 95,38% fue la asistencia a nuestros talleres.

niños por escuela /total de cada Escuela

Colegio de Mas de las Matas : Asistieron un total de 102 alumnos/ 105 alumnos= 97,14 %

Cra Olea, aula de Castellote : asistieron un total de 28 alumnos/ 29 alumnos=96,55%

Cra Olea, aula de Aguaviva: asistieron un total de 38 alumnos /39 alumnos=97,43%

Cra Olea, aula de La Ginebrosa: asistieron un total de 15 alumnos/15 alumnos=100%

Cra Olea, aula de Cuevas de Cañart: asistieron un total de 4 alumnos/5 alumnos=80%

Cra Olea, aula de Bordón: asistieron 7 alumnos/9 alumnos=77,77%

Cra Olea, aula de Foz : asistieron 8alumnos /8 alumnos=100%

Profesores asistentes: han sido 14 los profesores asistentes junto a los alumnos en las aulas.

-Pre -test y post -test adecuado a los niños para valorar conocimientos adquiridos.

La puntuación media del pre test fue de un 5,84 y la nota media del post test de un 8,48 puntos.

En cuanto a la encuesta de satisfacción de los niños se aprecia que de media un 38% de las preguntas contestaron que estaban bastante satisfechos, un 60%, muy satisfechos y un 2% poco satisfechos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para concluir, expresamos que el proyecto ha sido muy gratificante, con muy buena acogida por parte de profesores, alumnos y también por los padres, así nos lo han hecho llegar desde las AMPAS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Hemos apreciado que como se imparte en la escuela la participación es muy alta, 95,38%, la falta de asistencia era justificada en el colegio.

Se confirma, que si que han adquirido conocimientos nuevos, dados los resultados de los test previos y posteriores, con un aumento significativo de la puntuación.

Por otra parte advertimos a alguno de los ayuntamientos que los DESAS no están en condiciones óptimas para su correcto uso, seguramente si no hacemos el proyecto no nos damos cuenta de esas deficiencias. A raíz de esto realizamos un listado de ubicación de los mismos y la manera de acceder a ellos para tener conocimiento todos los miembros del equipo, y también para difundir entre la población en general.

Consideramos que es un proyecto que debe y le vamos a dar una continuidad, pero quizás lo que hagamos para estos próximos años es acudir de manera bianual, un año al Colegio de Mas de las Matas, y al curso siguiente al Cra Olea. De esta manera en los 9 años de escolarización primaria, asistirán 4 veces a este tipo de talleres.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/703 ===== ***

Nº de registro: 0703

Título
TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Autores:
RICO GASCON SILVIA, VILLALBA MIR ANA PILAR, GRACIA CARRASCO ELIAS, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, BORRAZ MIR MARIA PILAR, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, PITARCH CAÑADA PEDRO, BARDAJI RUIZ BEATRIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El lugar idóneo para iniciar con los conocimientos de primeros auxilios de manera temprana es la escuela. Los alumnos de infantil y primaria, son un 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.
En nuestro caso implementaremos la la formación por niveles, empezando por cuestiones básicas en la etapa infantil e ir introduciendo conocimientos de acuerdo a la edad.

RESULTADOS ESPERADOS
- Implicar a los profesionales sanitarios del centro para impartir los cursos en las escuelas de la zona básica de salud.
- Explicar el uso correcto del 112.
- Mejorar la actitud ante una situación de emergencia vital de los alumnos
- Adaptar el contenido de las charlas a las edades.

MÉTODO
En nuestra zona básica de salud, hay 2 colegios, El colegio de Mas de las Matas, y el CRA (Colegio Rural Agrupado) Olea, que su sede se encuentra en Castellote, y ofrece la escolarización además en Aguaviva, Bordón, Cuevas de Cañart, La Ginebrosa y Foz calanda. Este último municipio pertenece al centro de salud de Calanda, pero dado que es de este CRA, impartiremos de la misma forma la clase, para que no haya desigualdad entre alumnos del mismo CRA.

En primer lugar se designaran los responsables del proyecto. Estos se pondrán en contacto con los directores de los colegios para conocer nuestro proyecto, y saber si están dispuestos a participar. Así mismo se acordaran las fechas en que se impartiran los talleres. (septiembre-diciembre)

Preparamos el temario adaptado a la edad de los escolares, y acordamos que el taller de los de infantil tendrá una duración de 30 minutos, y el resto 1 h aproximadamente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Utilizaremos medios audiovisuales vistosos para captar la atención de los pequeños, y llevaremos maniqués para poder practicar, y a su vez les indicaremos que se traigan un peluche de su casa para poder practicar de manera grupal.

Los elementos fundamentales que deben constituir la formación son el reconocimiento de parada cardiaca, seguridad de la escena, obtención de ayuda llamando al 112, la administración de compresiones de calidad y la preparación emocional para reaccionar ante un emergencia.

Contenido según grupo de edad:

Grupo de 1-3 años

emergencia

112

¿para que sirve el 112?

¿que me preguntaran?, ¿que tengo que decir?

¿desde que telefono puedo llamar?

¿que es una RCP?

Practica de RCP solo con las manos

Grupo de (7-10 años)

Además de lo anterior primeros auxilios en caso de epistaxis, atragantamiento, heridas, quemaduras, sincope y convulsiones.

Grupo (11-12 años)

Lo mismo que en los anteriores con la diferencia que la rcp se les enseñara completa.

Se realizara en cada grupo un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología.

INDICADORES

niños participantes/total de niños entre ambos colegios

niños por escuela/ total de niños de cada escuela

profesores asistentes

pre-test y post-test adecuado a la edad e los niños y valorar conocimientos adquiridos.

Resultados de la encuesta de satisfacción de niños. Seran 10 preg con 4 respuestas a elegir entre nada, poco bastante y mucho

DURACIÓN

En el mes de junio se deciden responsables.

Julio y agosto se prepara el taller.

Octubre noviembre y diciembre se desarrollan 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 - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE SILVIA RICO GASCON
· 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.

VILLALBA MIR ANA PILAR
GRACIA CARRASCO ELIAS
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER
BORRAZ MIR MARIA PILAR
TELMO MARTINEZ EVA MARIA
PITARCH CAÑADA PEDRO
BARDAJI RUIZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En nuestra Zona Básica de Salud, hay 2 colegios, el Colegio de Mas de las Matas y el Cra Olea con sede en Castellote, abarcando la escolarización al resto de nuestros niños, y a Foz Calanda, que pertenece a CS Calanda. Ya consideramos al plantearnos el proyecto, que las aulas era el espacio idóneo para iniciarse con las prácticas de RCP, además teniendo en cuenta la gran dispersión que tiene nuestra zona, es fundamental que la población tenga conocimientos de RCP.

Al inicio del proyecto se designó un responsable (Silvia Rico Gascón), quien se puso en contacto con los directores de ambos colegios, presentando el proyecto. Nos comunican que en el Cra Olea son un total de 105 alumnos, y en Colegio de Mas de las Matas 90. Una vez que los colegios aprueban en consejo escolar la aceptación de nuestro proyecto en sus aulas, nos ponemos a preparar material didáctico adaptado a las distintas edades de los niños, y a solicitar los maniqués a servicio de Formación de Alcañiz y a la asociación Cuidae. A su vez y aprovechando que en cada uno de los pueblos de esta Zona Básica de Salud hay Desfibrilador, por gentileza de las comarcas, pasamos a revisar cómo y dónde se encuentran en cada municipio, para en cada aula mostrarles el que tienen en cada pueblo y la manera de llegar a ellos. Esto nos llevo a descubrir que no se está haciendo un mantenimiento correcto de los aparatos y casi ningún niño ni maestro tenía conocimiento de la existencia del DESA en el municipio.

A continuación se fijan fechas en consenso con los tutores de las distintas aulas, así quedó fijado el calendario:

El día 24 de octubre por la mañana, grupo de infantil del colegio Mas de las Matas.
El día 24 de octubre por la tarde, grupo de 1º y 2º de primaria del colegio Mas de las Matas.
El día 27 de octubre en Cra Olea, aula de Castellote de 4º, 5º y 6º de primaria.
El día 19 de noviembre en Cra Olea, aula de infantil, 1º y 2º de primaria de Castellote.
El día 21 de noviembre en Cra Olea, aula de infantil 1º y 2º de Aguaviva, a primera hora.
El día 21 de noviembre en Cra Olea, aula de 3º, 4º 5º y 6º de Aguaviva a última hora.
El día 28 de noviembre en Cra Olea, aula de infantil 1º y 2º de La Ginebrosa.
El día 28 de noviembre en Cra Olea, aula de 3º, 4º 5º y 6º de La Ginebrosa a última hora.
El día 20 de diciembre en Cra Olea, aula de Cuevas de Cañart. Todos sus alumnos juntos.
El día 9 de Enero de 2019, Cra Olea, aula de Bordón. Todos sus alumnos juntos.
El día 11 de Enero de 2019, Cra Olea, aula de Foz Calanda (impartido por personal de Centro de Salud de Calanda), todos sus alumnos juntos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Niños participantes/ total de niños entre ambos colegios
El total de niños matriculados entre ambos colegios es de 195 alumnos. Los alumnos que asistieron a los talleres 186. Por lo tanto 186 participantes/195 matriculados = 95,38% fue la asistencia a nuestros talleres niños por escuela /total de cada Escuela

Colegio de Mas de las Matas : Asistieron un total de 102 alumnos/ 105 alumnos= 97,14 %
Cra Olea, aula de Castellote : asistieron un total de 28 alumnos/ 29 alumnos=96,55%
Cra Olea, aula de Aguaviva; asistieron un total de 38 alumnos /39 alumnos=97,43%
Cra Olea, aula de La Ginebrosa: asistieron un total de 15 alumnos/15 alumnos=100%
Cra Olea, aula de Cuevas de Cañart: asistieron un total de 4 alumnos/5 alumnos=80%
Cra Olea, aula de Bordón: asistieron 7 alumnos/9 alumnos=77,77%
Cra Olea, aula de Foz : asistieron 8 alumnos /8 alumnos=100%

Profesores asistentes: han sido 14 los profesores asistentes junto a los alumnos en las aulas.

-Pre -test y post -test adecuado a los niños para valorar conocimientos adquiridos.

La puntuación media del pre test fue de un 5,84 y la nota media del post test de un 8,48 puntos.

En cuanto a la encuesta de satisfacción de los niños se aprecia que de media un 38% de las preguntas contestaron que estaban bastante satisfechos, un 60%, muy satisfechos y un 2% poco satisfechos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para concluir, expresamos que el proyecto ha sido muy gratificante, con muy buena acogida por parte de profesores, alumnos y también por los padres, así nos lo han hecho llegar desde las AMPAS. Hemos apreciado que como se imparte en la escuela la participación es muy alta, 95,38%, la falta de asistencia era justificada en el colegio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Se confirma, que si que han adquirido conocimientos nuevos, dados los resultados de los test previos y posteriores, con un aumento significativo de la puntuación.
Por otra parte advertimos a alguno de los ayuntamientos que los DESAS no están en condiciones óptimas para su correcto uso, seguramente si no hacemos el proyecto no nos damos cuenta de esas deficiencias. A raíz de esto realizamos un listado de ubicación de los mismos y la manera de acceder a ellos para tener conocimiento todos los miembros del equipo, y también para difundir entre la población en general.
Consideramos que es un proyecto que debe y le vamos a dar una continuidad, pero quizás lo que hagamos para estos próximos años es acudir de manera bianual, un año al Colegio de Mas de las Matas, y al curso siguiente al Cra Olea. De esta manera en los 9 años de escolarización primaria, asistirán 4 veces a este tipo de talleres.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/703 ===== ***

Nº de registro: 0703

Título
TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Autores:
RICO GASCON SILVIA, VILLALBA MIR ANA PILAR, GRACIA CARRASCO ELIAS, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, BORRAZ MIR MARIA PILAR, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, PITARCH CAÑADA PEDRO, BARDAJI RUIZ BEATRIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El lugar idóneo para iniciar con los conocimientos de primeros auxilios de manera temprana es la escuela. Los alumnos de infantil y primaria, son un 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.
En nuestro caso implementaremos la la formación por niveles, empezando por cuestiones básicas en la etapa infantil e ir introduciendo conocimientos de acuerdo a la edad.

RESULTADOS ESPERADOS
- Implicar a los profesionales sanitarios del centro para impartir los cursos en las escuelas de la zona básica de salud.
- Explicar el uso correcto del 112.
- Mejorar la actitud ante una situación de emergencia vital de los alumnos
- Adaptar el contenido de las charlas a las edades.

MÉTODO
En nuestra zona básica de salud, hay 2 colegios, El colegio de Mas de las Matas, y el CRA (Colegio Rural Agrupado) Olea, que su sede se encuentra en Castellote, y ofrece la escolarización además en Aguaviva, Bordón, Cuevas de Cañart, La Ginebrosa y Foz calanda. Este último municipio pertenece al centro de salud de Calanda, pero dado que es de este CRA, impartiremos de la misma forma la clase, para que no haya desigualdad entre alumnos del mismo CRA.

En primer lugar se designaran los responsables del proyecto. Estos se pondrán en contacto con los directores de los colegios para conocer nuestro proyecto, y saber si estan dispuestos a participar. Así mismo se acordaran las fechas en que se impartiran los talleres. (septiembre-diciembre)

Preparamos el temario adaptado a la edad de los escolares, y acordamos que el taller de los de infantil tendrá una duración de 30 minutos, y el resto 1 h aproximadamente.

Utilizaremos medios audiovisuales vistosos para captar la atención de los pequeños, y llevaremos maniqués para poder para practicar, y a su vez les indicaremos que se traigan un peluche de su casa para poder

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

practicar de manera grupal.

Los elementos fundamentales que deben constituir la formación son el reconocimiento de parada cardiaca, seguridad de la escena, obtención de ayuda llamando al 112, la administración de compresiones de calidad y la preparación emocional para reaccionar ante un emergencia.

Contenido según grupo de edad:

Grupo de 1-3 años

emergencia

112

¿para que sirve el 112?

¿que me preguntaran?, ¿que tengo que decir?

¿desde que telefono puedo llamar?

¿que es una RCP?

Practica de RCP solo con las manos

Grupo de (7-10 años)

Además de lo anterior primeros auxilios en caso de epistaxis, atragantamiento, heridas, quemaduras, sincope y convulsiones.

Grupo (11-12 años)

Lo mismo que en los anteriores con la diferencia que la rcp se les enseñara completa.

Se realizara en cada grupo un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología.

INDICADORES

niños participantes/total de niños entre ambos colegios

niños por escuela/ total de niños de cada escuela

profesores asistentes

pre-test y post-test adecuado a la edad e los niños y valorar conocimientos adquiridos.

Resultados de la encuesta de satisfacción de niños. Seran 10 preg con 4 respuestas a elegir entre nada, poco bastante y mucho

DURACIÓN

En el mes de junio se deciden responsables.

Julio y agosto se prepara el taller.

Octubre noviembre y diciembre se desarrollan los talleres.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1236

1. TÍTULO

REALIZACION DE ESPIROMETRIA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCION DE EPOC

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER PEREZ TORRES
· 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.

TELMO MARTINEZ EVA MARIA
RICO GASCON SILVIA
GRACIA CARRASCO ELIAS
MIR SORRIBAS LOURDES
CASTAN BARRIO JOSE ANGEL
CHAVES BERMEJO LORENA
AZNAR DEL CAZO MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Reunión formativa para el personal del centro de salud, no solo para los integrantes del proyecto, el 14 de mayo de 2018.
- 2.- Desde octubre de 2018 se hace responsable de la realización de las espirometrías a Lorena Chaves, tras ser asignada al centro de salud como personal de refuerzo para esta y otras tareas.
- 3.- Inicialmente la coordinadora de enfermería enseñó al resto del personal de enfermería a manejar el programa Custo, pero a mitad del 2018 este programa es sustituido por otro (SIBELMED).
- 4.- Se creó una agenda, los miércoles de cada mes para la realización de espirometrías.
- 5.- Se hizo incidencia que tanto en la consulta de atención primaria como en la de atención continuada era necesario hacer una búsqueda activa del paciente fumador y ofertarle una espirometría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados obtenidos hasta la fecha no son concluyentes. A mitad del año 2018 se cambió el programa de espirometrías y con ello parece que se han perdido datos de pacientes que no han podido ser incluidos en el estudio. Junto con el cambio del programa también se cambió el espirómetro sin que con ello se diera formación en el uso y manejo del nuevo programa y aparato. Además el hecho de tener consultas de enfermería saturadas debido al tipo de población y sobre todo a la dispersión del área de salud, hizo que de junio a octubre apenas se hiciera esta prueba. A partir de octubre de 2018, con la asignación de una enfermera de refuerzo que había rotado por pruebas funcionales en el hospital (que usan el mismo programa y aparato), y a la que se encarga de realizar las espirometrías, esta prueba comienza a hacerse de forma rutinaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con todos los problemas que han surgido en la realización de este proyecto: posible pérdida de datos con el cambio de un programa a otro, cambio del espirómetro, no contar con una persona formada para hacer la prueba hasta octubre de 2018, cambio de ordenadores del centro, con pérdida de información y teniendo en cuenta que el período de estudio era de junio a abril de 2019, no podemos hacer una valoración de los resultados hasta ahora. Se solicita el continuar con el estudio durante todo el 2019 para poder tener datos fiables y contrastables.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1236 ===== ***

Nº de registro: 1236

Título
REALIZACION DE ESPIROMETRIA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCION DE EPOC

Autores:
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, RICO GASCON SILVIA, GRACIA CARRASCO ELIAS, MIR SORRIBAS LOURDES, CASTAN BARRIO JOSE ANGEL, FERRER DA PENA MARIA DOLORES, AZNAR DELCAZO MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1236

1. TÍTULO

REALIZACION DE ESPIROMETRIA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCION DE EPOC

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define por la presencia de una limitación crónica e irreversible al flujo aéreo, habitualmente progresiva, asociada a una reacción inflamatoria anómala, debida principalmente al humo del tabaco.
La prevalencia de EPOC registrada en nuestra zona básica de salud es baja, en torno al 2,5% de la población. Muy por debajo de datos medios de prevalencia a nivel nacional, que en el estudio EPI-SCAN 2006/2007 en España según criterios diagnósticos GOLD es del 10,2%, de la población de 40 a 80 años. Así como muy por debajo de los objetivos establecidos por el Servicio Aragonés de Salud.
Mejora de los recursos para la realización de espirometrías tanto en el centro de salud de Mas de las Matas como en los consultorios locales de Aguaviva y Castellote.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar los datos de prevalencia de pacientes EPOC en nuestro ámbito asistencial mediante la realización de espirometría forzada con prueba post broncodilatadora a pacientes fumadores.
Población diana: pacientes fumadores, ambos sexos, de 40 a 79 años

MÉTODO

Información a los miembros del EAP sobre el proyecto en una reunion.
Designar a la persona encargada de realizar espirometría.
Taller práctico de realización prueba y el aprendizaje del programa Custo,
Crear consulta específica de Espirometría y su agenda correspondiente.
Mostrar a los compañeros el documento sobre la metodología e información a los pacientes de la preparación previa a la realización de la prueba, donde se anotará día, hora y lugar del acto, así como un teléfono al que podrán llamar en caso de no poder acudir.
Captación de pacientes de ese grupo en las diferentes consultas de AP y en A.C.

INDICADORES

Aumentar prevalencia de pacientes con diagnostico EPOC de la población de referencia respecto al punto de partida.

Número de espirometrías positivas al criterio EPOC / nº total de espirometrías realizadas.

Fuente de datos para medición de indicadores: Historias de OMI, listados elaborados, registro de la consulta monográfica de espiros.

DURACIÓN

Organización y formación de los profesionales en mayo - junio 2018.
Desarrollo del proyecto a partir de junio hasta abril del 2019
En Octubre de 2018 primera valoración de resultados conseguidos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1236

1. TÍTULO

REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCIÓN DE EPOC

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER PEREZ TORRES
· 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.

TELMO MARTINEZ EVA MARIA
RICO GASCON SILVIA
GRACIA CARRASCO ELIAS
MIR SORRIBAS LOURDES
CASTAN BARRIO JOSE ANGEL
CHAVES BERMEJO LORENA
AZNAR DEL CAZO MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Reunión formativa para el personal del centro de salud en Mayo 2018.
- 2.- Asignación de personal responsable para la realización de Espirometrías en el centro.
- 3.- Instauración del programa Silbelmed y formación de la responsable en pruebas funcionales de Alcañiz.
- 4.- Se crea la agenda, los miércoles de 10 a 14 horas.
- 5.- Se incide cada 6 meses en la importancia de la captación de fumadores desde Atención comunitaria, y también en los de equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En enero de 2019 un 25% de los fumadores entre 40 y 80 años tenían espirometría realizada en los últimos 5 años. En enero de 2020 hemos alcanzado el 37'54% por lo que hemos obtenido una mejora absoluta de un 12'5% en un año. En cuanto a la prevalencia, partíamos en enero de 2019 con una prevalencia de 1'97%, alcanzando un 3'16% a 31 de diciembre de 2019. Así podemos concluir que hemos aumentado la prevalencia en un 1'19%. El total de espirometrías realizadas en 2019 han sido 100, de las cuales han resultado positivas a criterios de EPOC 6, lo cual representa un 6%. Los datos han sido obtenidos del programa OMI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A lo largo del proyecto nos hemos dado cuenta de que debemos aumentar la captación de fumadores para con ello seguir aumentando la prevalencia de EPOC. Nos encontramos con la situación de que muchos pacientes fumadores son reacios a la realización de la prueba, bien por falta de tiempo o por desconocimiento de su utilidad, lo que nos dificulta la detección precoz. Vamos a seguir con la consulta monográfica de espirometrías, con lo cual seguiremos intentando aumentar la detección y con ello la prevalencia de EPOC de la Zona Básica de Salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1236 ===== ***

Nº de registro: 1236

Título
REALIZACION DE ESPIROMETRIA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCION DE EPOC

Autores:
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, RICO GASCON SILVIA, GRACIA CARRASCO ELIAS, MIR SORRIBAS LOURDES, CASTAN BARRIO JOSE ANGEL, FERRER DA PENA MARIA DOLORES, AZNAR DELCAZO MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1236

1. TÍTULO

REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCIÓN DE EPOC

PROBLEMA

La enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define por la presencia de una limitación crónica e irreversible al flujo aéreo, habitualmente progresiva, asociada a una reacción inflamatoria anómala, debida principalmente al humo del tabaco.
La prevalencia de EPOC registrada en nuestra zona básica de salud es baja, en torno al 2,5% de la población. Muy por debajo de datos medios de prevalencia a nivel nacional, que en el estudio EPI-SCAN 2006/2007 en España según criterios diagnósticos GOLD es del 10,2%, de la población de 40 a 80 años. Así como muy por debajo de los objetivos establecidos por el Servicio Aragonés de Salud.
Mejora de los recursos para la realización de espirometrías tanto en el centro de salud de Mas de las Matas como en los consultorios locales de Aguaviva y Castellote.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar los datos de prevalencia de pacientes EPOC en nuestro ámbito asistencial mediante la realización de espirometría forzada con prueba post broncodilatadora a pacientes fumadores.
Población diana: pacientes fumadores, ambos sexos, de 40 a 79 años

MÉTODO

Información a los miembros del EAP sobre el proyecto en una reunion.
Designar a la persona encargada de realizar espirometría.
Taller práctico de realización prueba y el aprendizaje del programa Custo,
Crear consulta específica de Espirometría y su agenda correspondiente.
Mostrar a los compañeros el documento sobre la metodología e información a los pacientes de la preparación previa a la realización de la prueba, donde se anotará día, hora y lugar del acto, así como un teléfono al que podrán llamar en caso de no poder acudir.
Captación de pacientes de ese grupo en las diferentes consultas de AP y en A.C.

INDICADORES

Aumentar prevalencia de pacientes con diagnostico EPOC de la población de referencia respecto al punto de partida.

Número de espirometrías positivas al criterio EPOC / nº total de espirometrías realizadas.

Fuente de datos para medición de indicadores: Historias de OMI, listados elaborados, registro de la consulta monográfica de espirós.

DURACIÓN

Organización y formación de los profesionales en mayo - junio 2018.
Desarrollo del proyecto a partir de junio hasta abril del 2019
En Octubre de 2018 primera valoración de resultados conseguidos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1296

1. TÍTULO

RECONOCIMIENTO Y ACTUACION RAPIDA POR LA POBLACION ANTE UN POSIBLE ICTUS

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA 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.

RICO GASCON SILVIA
CASTAN BARRIO JOSE ANGEL
BERLANGA RUBIO JUAN JOSE
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER
VILLALBA MIR ANA PILAR
GRACIA CARRASCO ELIAS
PASTOR CABALLERO PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante los meses de junio, julio y agosto del año 2018 se realizaron sesiones informativas a los profesionales sanitarios del EAP del C.S. Mas de las Matas con el fin de orientar a los mismos acerca de las actuaciones a realizar dentro del proyecto. En estas sesiones se designó a una persona responsable del programa. En estas mismas sesiones se acordó el método de difusión para llegar a la población a través de pregones locales, e información en las distintas localidades pertenecientes para realizar las sesiones a impartir en las distintas localidades, siendo están los núcleos de mayor población (Mas de las Matas, Castellote y Aguaviva). En Octubre se comienza el contacto con las diversas asociaciones y colectivos de los pueblos para marcar un calendario de actuación en los mismos con el fin de concienciar a la población de la importancia del conocimiento de los síntomas para el reconocimiento de un posible ictus. Comenzamos las sesiones en Diciembre, quedando todavía pendiente la impartición de la misma en una de las localidades, puesto que el proyecto finaliza, y según se expuso en el acuerdo en Marzo de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En las dos localidades en las que se ha realizado, quizás por los meses en los que se ha llevado a cabo, los participantes no han sido todo lo numerosos que hubiéramos deseado, salvo en la localidad principal donde el núcleo poblacional es superior al resto.. Forman parte del proyecto todas aquellas personas mayores de 18 años. El nº de participantes total ha sido de 257, hasta el momento actual pendientes de impartir la información en el tercero de los núcleos. El primero de los indicadores estaría, por tanto, sin poder calcular, dado que este era :
NUMERO TOTAL DE PARTICIPANTES/ TOTAL POBLACION ADULTA DE LA ZONA BASICA DE SALUD.
Calculamos pues, los dos indicadores de las poblaciones en las que se ha realizado:

NUMERO DE PARTICIPANTES DE CADA TITULAR/TOTAL POBLACION ADULTA PERTENECIENTE A DICHO TITULAR x 100

En la población mas numerosa fue de 159 participantes, entre un total de 1026. Así pues, el porcentaje de participación en esta fue de 15,5

En la siguiente población entre una población de 662, que se distribuye en 9 núcleos poblacionales, la asistencia fue de 98 personas. Así pues, el porcentaje de participación fue de 14,8

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De los resultados obtenidos hasta el momento, dada la zona básica en la que se realiza, la dispersión geográfica, la edad de los pacientes, y la época en la que se realiza, siendo que la participación de las personas que han acudido a las distintas sesiones está en torno a 50 años, y las mujeres las que mas predispuestas se encuentran a obtener la información, se concluye que, por lo que nos han comentado los mismos participantes, que la influencia del momento en el que se realiza ha pesado mas a la hora de acudir que el resto de parámetros que se valoran.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1296 ===== ***

Nº de registro: 1296

Título
RECONOCIMIENTO Y ACTUACION RAPIDA POR LA POBLACION ANTE UN POSIBLE ICTUS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1296

1. TÍTULO

RECONOCIMIENTO Y ACTUACION RAPIDA POR LA POBLACION ANTE UN POSIBLE ICTUS

BORRAZ MIR MARIA PILAR, RICO GASCON SILVIA, CASTAN BARRIO JOSE ANGEL, BERLANGA RUBIO JUAN JOSE, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, VILLALBA MIR ANA PILAR, GRACIA CARRASCO ELIAS, PASTOR CABALLERO PAULA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Un accidente cerebro vascular es un episodio agudo de disfunción focal del cerebro, la retina o la médula espinal que dura más de 24 horas, o de cualquier duración si la imagen (TC o RM) o la autopsia muestran un infarto o hemorragia en el foco correspondiente a los síntomas aparecidos. La definición incluye la hemorragia subaracnoidea. La definición de AIT dice que se trata de una disfunción focal de menos de 24 horas de duración y sin evidencia de formación de imágenes de infarto.
A pesar de que las tasas de incidencia son estables y las tasas de mortalidad han disminuido durante las últimas 2 décadas, el número de episodios de ACV, la prevalencia de supervivientes de ACV, los años de vida ajustados por la discapacidad (AVAD) secundaria a un ACV y las muertes relacionadas con el ACV están aumentando. El ACV es la segunda causa principal de muerte después de las cardiopatías isquémicas, y es la tercera causa de AVAD perdidos en todo el mundo.
Existen en nuestra zona básica de Salud, determinados factores (dispersión, localización geográfica, envejecimiento de la población...), que predisponen a que posibles ACVs no se detecten con la celeridad que precisan.
Si se pone en conocimiento los signos y síntomas, predominantes para la detección o descarte de un ACV a la población, y su rápida actuación ante la misma, aumentaría la probabilidad de mejora en el tratamiento y reducción de secuelas postACV, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Concienciar y explicar a la población adulta los signos y síntomas de un ICTUS, para una rápida detección. Implicar a los profesionales sanitarios del Centro de Salud para la impartición de sesiones informativas y participativas a la Comunidad.
Mejorar la actitud de la población en general ante una situación de emergencia por ICTUS.
Hacer partícipes a los activos en salud de nuestra Zona para la difusión de conocimientos.

MÉTODO

Designación de un responsable del Programa de información y de sesiones.
Realización de una sesión explicativa del Proyecto a los sanitarios del Centro de Salud, donde se llevara a cabo el reparto de tareas.
Concretar locales en cada municipio, asociaciones, colectivos... y formas de difusión de la información que se quiere transmitir.
Elaboración del material a difundir y evaluación del mismo. (power point, posters),
Realización de un test de valoración previa (10 ítems) y el mismo, tras la formación para valorar objetivamente la metodología aplicada.

INDICADORES

Numero de participantes / Total población adulta de la Zona Básica de Salud
Numero de participantes de cada titular/ Total población perteneciente a dicho titular
Evaluación y valoración del test. N° aciertos preformacion/ N° aciertos postformacion

DURACIÓN

Durante los meses de junio, julio y Agosto se realizaran dentro del mismo centro de salud las sesiones informativas del Proyecto, preparación de los materiales.
En Octubre y coincidiendo con el comienzo de actividades invernales, toma de contacto con las distintas asociaciones, residencias de ancianos....para la concreción de fechas para impartir los talleres.
Desde Noviembre de 2018 y hasta Marzo de 2019, se desarrollaran los talleres en las distintas localidades en las que se nos haya facilitado la impartición de las mismas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1296

1. TÍTULO

RECONOCIMIENTO Y ACTUACION RAPIDA POR LA POBLACION ANTE UN POSIBLE ICTUS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1390

1. TÍTULO

CARGOS A TERCEROS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 28/02/2019

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.
ESPADA QUEROL TERESA
BORRAZ MIR MARIA PILAR
AZNAR DEL CAZO MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Con fecha 22 de Febrero de 2018 se realizó sesión de formación al equipo sobre facturación de cargos a terceros en tráfico, accidentes laborales, agresiones y mutualistas. Se elaboraron carteles recordatorios sobre a que pacientes había que facturar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La facturación del 2018 fué de 35.795,43 euros, mientras que en 2017 fué de 14.568,12 euros, es decir que se ha duplicado la facturación tras nuestra acción de mejora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actividad formativa y la cartelería han sido efectivas para concenciar al equipo en la facturación a cargos a terceros. El equipo esta motivado a seguir realizando los cargos a terceros visto los resultados.

7. OBSERVACIONES.
Se cambió el responsable del proyecto debido a movilidad y se añade a la nueva administrativa que continuó el proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1390 ===== ***

Nº de registro: 1390

Título
CARGOS A TERCEROS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
ESPADA QUEROL TERESA, SANCHEZ GORRIZ TERESA, BORRAZ MIR MARIA PILAR

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: TODAS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
-Facturacion: tráfico, accidentes laborales, agresiones y mutualistas

RESULTADOS ESPERADOS
- Realizacion de forma correcta los impresos de cargos a terceros
- Conocimiento de la documentacion a solicitar por parte del personal sanitario
- Tramitacion de ellos

MÉTODO
- Formacion al equipo de atencion primaria del Centro de Salud de Mas de las Matas

INDICADORES
- Control de pacientes a los que se les realiza el Cargo a terceros con respecto al resto de pacientes.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1390

1. TÍTULO

CARGOS A TERCEROS EN ATENCION PRIMARIA

- Primer semestre del 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1421

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Fecha de entrada: 06/03/2019

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.

BORRAZ MIR MARIA PILAR
TELMO MARTINEZ EVA MARIA
VILLABA MIR ANA PILAR
BERLANGA RUBIO JUAN JOSE
FERRER DA PENNA MARIA DOLORES
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER
MIR SORRIBAS LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SESION CLINICA DE 18-6-2018 SOBRE EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO (ENVIADA).
SESION CLINICA DE 30-10-2018 EVALUACION PERIÓDICA DE RESULTADOS: RECORDATORIO GENERAL, DE PUNTOS FUERTES Y PUNTOS DÉBILES (ENVIADA).
SESION CLINICA DE 3-12-2018 EVALUACION PERIÓDICA DE RESULTADOS: RECORDATORIO GENERAL, DE PUNTOS FUERTES Y PUNTOS DÉBILES (ENVIADA).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

VALORADOS LOS PACIENTES INDIVIDUALMENTE POR MEDIO DE OMIESTOS SON LOS RESULTADOS:
- CAMPOS DE ACTUACION DE MEDICINA (COMUNES CON ENFERMERÍA): INCLUSIÓN 100 %, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN 95 %, PLAN DE INTERVENCIÓN 90 %, REVISIÓN ESTRUCTURADA DE MEDICACIÓN Y CONCORDANCIA 88 %.
- CAMPOS DE ACTUACIÓN EXCLUSIVOS DE ENFERMERÍA: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA 44 %, VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR 71 %, CONTROL DE CONOCIMIENTOS DEFICIENTES 9'5 %, RIESGO DE DECÚBITOS 37'5 %.
- HAY UNA MEJORÍA INICIAL DESDE EL PUNTO DE PARTIDA, PERO AÚN QUEDA POR MEJORAR

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

TOMA DE CONCIENCIA DE UN NUEVO RETO. VALORAR ESFUERZO. MOTIVAR. EL GRAN RETO Y LA SOLUCION ES SIEMPRE EL MISMO: INCORPRACION.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1421 ===== ***

Nº de registro: 1421

Título
DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Autores:
CASTAN BARRIO JOSE ANGEL, BORRAZ MIR MARIA PILAR, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, VILLALBA MIR ANA PILAR, BERLANGA RUBIO JUAN JOSE, FERRER DA PENNA MARIA DOLORES, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, MIR SORRIBAS LOURDES

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: pACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

NO SE HAN ALCANZADO OBJETIVOS PROPUESTOS EN 2017. NO SE HA DESARROLLADO LA DINÁMICA ADECUADA, DIFICULTAD DE AJUSTAR UN PLANTEAMIENTO TEÓRICO IDEAL CON LA PRÁCTICA DIARIA, DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN PCC Y CUIDADORES-SANITARIOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1421

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

PUNTO FUNDAMENTAL: INTRODUCIR LA DINÁMICA DEL CONTROL PREVENTIVO ANTES QUE LA DINÁMICA DE ATENDER AL PACIENTE DESCOMPENSADO.

RESULTADOS ESPERADOS

INCREMENTAR LA INCLUSIÓN DE PACIENTES CON CRITERIOS DE SELECCIÓN EN EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.
CONSEGUIR QUE TODOS LOS PACIENTES INCLUIDOS TENGAN UN PLAN DE INTERVENCIÓN ESCRITO ACTUALIZADO.
GARANTIZAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN ESTOS PACIENTES.
EVITAR INGRESOS.

MÉTODO

SESIÓN CLÍNICA SOBRE EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.
EVALUACIÓN CUATRIMESTRAL DE INDICADORES CON REALIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA DERIVADAS DEL ANÁLISIS DE LAS MISMAS.

INDICADORES

% DE PACIENTES CON GMA>99 INCLUIDOS EN PROGRAMA..
% DE PACIENTES CON PLAN DE ACTUACIÓN ESCRITO EN EL ÚLTIMO CONTACTO.
% DE PACIENTES QUE NO HAN RECIBIDO ASISTENCIA EN EL ÚLTIMO MES.
% DE PACIENTES QUE NO HAN RECIBIDO ASISTENCIA EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES.
% DE PACIENTES CON CONTACTO EN AP EN LOS CUATRO DÍAS SIGUIENTES AL ALTA.
% DE PACIENTES CON MÁS DE TRES INGRESOS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES.
% DE PACIENTES INGRESADOS/MES.

DURACIÓN

JUNIO: SESIÓN CLÍNICA PROGRAMA PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.
JUNIO-JULIO: PRIMER CORTE DE INDICADORES.
SEPTIEMBRE: SEGUNDO CORTE.
ENERO: REVISIÓN 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 - 2018/1421

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Fecha de entrada: 29/01/2020

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 ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORRAZ MIR MARIA PILAR
TELMO MARTINEZ EVA MARIA
VILLALBA MIR ANA PILAR
BERLANGA RUBIO JUAN JOSE
FERRER DA PENNA MARIA DOLORES
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER
MIR SORRIBAS LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE HAN REALIZADO SEGÚN EL CALENDARIO PROPUESTO TRES SESIONES CLÍNICAS (22/7/2019, 21/10/2019 Y 29/11/2019), EN QUE SE HA PRESENTADO LOS RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO.

EL MATERIAL UTILIZADO HA SIDO DOCUMENTACION ESCRITA: EL RESULTADO DE UN MUESTREO DE PACIENTES INCLUIDOS, CON EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DISTRIBUIDO ENTRE MEDICINA Y ENFERMERIA.

EN ESTAS SESIONES:

- SE HA RECORDADO EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO.
- SE HA ESTIMULADO LA PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA.
- SE HA DESTACADO LOS CAMPOS DE ACCIÓN DE MEDICINA Y ENFERMERÍA.
- SE HA INSISTIDO EN LA IMPORTANCIA DE SEGUIMIENTO DE ESTOS PACIENTES, POR LO QUE SE HA FOMENTADO LA CREACIÓN DE LISTADOS Y CALENDARIOS PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO.
- SE HA SEÑALADO LA IMPORTANCIA DE INCLUIR NUEVOS PACIENTES Y LA DE PRIMAR TANTO LOS ASPECTOS TANTO DE CUANTÍA DE PACIENTES INCLUIDOS COMO DE CALIDAD DE RESULTADOS.
- SE HA CONTADO CON LOS AVISOS DE OMI PARA PACIENTES A INCLUIR Y CON LAS SUGERENCIAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SEGUN LOS RESULTADOS REMITIDOS POR EL SALUD EN JULIO DE 2019:

- SE HABÍA INCLUIDO EN PROGRAMA EL 31'58 % DE LOS PACIENTES DE LA POBLACIÓN DIANA (GMA>97), SUPERANDO EL ESTANDAR PROPUESTO POR EL SALUD A SEIS MESES DEL CIERRE DEL EJERCICIO. ESPERAMOS QUE HAYA SEGUIDO AUMENTANDO ESTE INDICADOR HASTA FIN DE AÑO.

- EL 79'41 % DE LOS PACIENTES INCLUIDOS TENÍA PLAN DE INTERVENCIÓN.

ADEMÁS SE HA EVALUADO AL FINAL DEL EJERCICIO LOS SIGUIENTES INDICADORES (MUESTREO DE 16 PACIENTES A PARTIR DEL LISTADO DE PACIENTES DEL AÑO ANTERIOR, FUENTE DE DATOS OMI AP, SOBRE UN TOTAL DE UNOS 24 PACIENTES EN PROGRAMA).

- CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEDICINA, ALGUNAS COMUNES CON ENFERMERIA:

* SE HA ALCANZADO UN 100 % DE CUMPLIMIENTO EN CRITERIOS DE INCLUSION, ACOGIDA, CLASIFICACION Y PLAN DE INTERVENCIÓN.

* SE HA CONSEGUIDO UN 86 % DE CUMPLIMIENTO EN LOS CRITERIOS DE REVISION ESTRUCTURADA DE LA MEDICACION Y CUMPLIMENTACION.

- CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE ENFERMERIA:

* SE HA ALCANZADO UN 86 % DE CUMPLIMIENTO EN CRITERIOS DE VALORACION SOCIO-FAMILIAR.

* SE HA CONSEGUIDO UN 34 % DE CUMPLIMIENTO EN LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN DE ENFERMERIA.

* SE HA LLEGADO AL 18 % DE CUMPLIMIENTO EN LOS CRITERIOS DE RIESGO DE ÚLCERA POR DECÚBITO.

* SE HA OBTENIDO EL 16'5 % DE CUMPLIMIENTO EN LOS CRITERIOS DE CONOCIMIENTOS DEFICIENTES DL PROGRAMA.

+ EN LAS ACTIVIDADES MENOS EXTENDIDAS SE HA LOGRADO UN 100 % DE CUMPLIMIENTO EN LOS CRITERIOS DE RIESGO DE DISCONFORT Y DE VALORACIÓN DEL TEMOR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

AUNQUE QUEDA ESPACIO DE MEJORA, NUESTRA ACTIVIDAD DE MONITORIZACIÓN DE LA IMPLANTACION DE LA ESTRATEGIA DE CRONICIDAD ESTA DANDO RESULTADOS.

SE ESTA DESARROLLANDO LA COMUNICACION FLUIDA ENTRE LOS MIEMBROS DEL EAP Y LA UNIDAD DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1421 ===== ***

Nº de registro: 1421

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1421

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Título
DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Autores:
CASTAN BARRIO JOSE ANGEL, BORRAZ MIR MARIA PILAR, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, VILLALBA MIR ANA PILAR, BERLANGA RUBIO JUAN JOSE, FERRER DA PENNA MARIA DOLORES, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, MIR SORRIBAS LOURDES

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: PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
NO SE HAN ALCANZADO OBJETIVOS PROPUESTOS EN 2017. NO SE HA DESARROLLADO LA DINÁMICA ADECUADA, DIFICULTAD DE AJUSTAR UN PLANTEAMIENTO TEÓRICO IDEAL CON LA PRÁCTICA DIARIA, DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN PCC Y CUIDADORES-SANITARIOS.
PUNTO FUNDAMENTAL: INTRODUCIR LA DINÁMICA DEL CONTROL PREVENTIVO ANTES QUE LA DINÁMICA DE ATENDER AL PACIENTE DESCOMPENSADO.

RESULTADOS ESPERADOS
INCREMENTAR LA INCLUSIÓN DE PACIENTES CON CRITERIOS DE SELECCIÓN EN EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.
CONSEGUIR QUE TODOS LOS PACIENTES INCLUIDOS TENGAN UN PLAN DE INTERVENCIÓN ESCRITO ACTUALIZADO.
GARANTIZAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN ESTOS PACIENTES.
EVITAR INGRESOS.

MÉTODO
SESIÓN CLÍNICA SOBRE EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.
EVALUACIÓN CUATRIMESTRAL DE INDICADORES CON REALIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA DERIVADAS DEL ANÁLISIS DE LAS MISMAS.

INDICADORES
% DE PACIENTES CON GMA>99 INCLUIDOS EN PROGRAMA..
% DE PACIENTES CON PLAN DE ACTUACIÓN ESCRITO EN EL ÚLTIMO CONTACTO.
% DE PACIENTES QUE NO HAN RECIBIDO ASISTENCIA EN EL ÚLTIMO MES.
% DE PACIENTES QUE NO HAN RECIBIDO ASISTENCIA EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES.
% DE PACIENTES CON CONTACTO EN AP EN LOS CUATRO DÍAS SIGUIENTES AL ALTA.
% DE PACIENTES CON MÁS DE TRES INGRESOS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES.
% DE PACIENTES INGRESADOS/MES.

DURACIÓN
JUNIO: SESIÓN CLÍNICA PROGRAMA PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.
JUNIO-JULIO: PRIMER CORTE DE INDICADORES.
SEPTIEMBRE: SEGUNDO CORTE.
ENERO: REVISIÓN 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 - 2018/0937

1. TÍTULO

TALLERES DE RCP BASICA Y DESFIBRILADOR EN ZONAS RURALES ALEJADAS

Fecha de entrada: 25/01/2019

2. RESPONSABLE ALBERTO SALESA ALBALATE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARA GALLARDO MARIA JOSE
MALLEN EDO MARTA
MUNIESA NAVARRO INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Planificación:

Los primeros meses del proyecto se destinaron a la planificación e inventariado de los DESA existentes y contactos con ayuntamientos.

-Solo existe un desfibrilador en Alcaine, el cual no esta registrado en la DGA y tiene el material caducado.
-En los contactos con los ayuntamientos se aprecia buena disposición para implantar DESA y formar a la mayor población posible. Los principales problemas que se presentan son en cuanto a presupuesto y a la poca gente que estaria dispuesta a formarse.

Actuaciones:

-En Alcaine se habla con el ayuntamiento para renovar el material y compran palas y baterias nuevas. Se hace un reciclaje de RCP basica y desfibrilador al alguacil ya que es el que tiene llave del consultorio, que es donde se encuentra. El reciclaje se realizara cada año, intentando captar a mas gente. Tambien se habla con el ayuntamiento de si es posible se realizara un curso completo para 4-5 personas con la correspondiente homologación del desfibrilador por la DGA. Se volvera a contactar a finales de año.

-En Alacon esta previsto colocación del DESA a principios de 2019 tras los contactos con el ayuntamiento. Tras su colocación se realizaran charlas para la población.

-En Huesa del Comun tambien muestran mucho interes en adquirir un desfibrilador y optan por la opción de proponerselo a la comarca de las Cuencas Mineras. En dicha localidad y mientras esperamos noticias se realiza una charla de Rcp básica y DESA a la que acuden unos 25 vecinos con gran aceptación.

-En Muniesa tras los contactos con el ayuntamiento en el consejo de salud también esta prevista la colocación de un DESA en 2019. En esta localidad se ha comenzado a dar curso de RCP básica y DESA a los integrantes del cuartel de la guardia civil y nos hemos puesto en contacto con la asociación de amas de casa para le realización de charlas.

-En el resto de municipios ha gustado la idea pero no se observa actitud positiva para la formación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Evaluación (hasta la fecha 8-enero-2019)

La acogida por los municipios y la gente ha sido muy buena. Tras las charlas se pasa encuesta y el 100 % de los encuestados valora 10/10 al profesorado y 9'5/10 los contenidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es muy dificil en poblaciones tan pequeñas encontrar población diana para los talleres de RCP, ya sea por apatia o simplemente por condición física. En los meses de verano o con gente que viene ocasionalmente a los pueblos si que se observa mas interes, pero no es el objetivo de este proyecto.

La mayoría de municipios se han acogido a una subvencion de material para comprar desfibrilador. En cuanto lo tengan retomare de nuevo las charlas y formación aunque sea solo una persona para cada pueblo.

7. OBSERVACIONES.

En la mayoría de municipios se han acogido a una subvención para comprar el desfibrilador. Queda pendiente la formación cd se reciban los aparatos.

En el colegio de Alacon también queda una charla prevista para Marzo.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/937 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0937

1. TÍTULO

TALLERES DE RCP BASICA Y DESFIBRILADOR EN ZONAS RURALES ALEJADAS

Nº de registro: 0937

Título
TALLERES DE RCP BASICA Y DESFIBRILADOR EN ZONAS RURALES ALEJADAS

Autores:
SALESA ALBALATE ALBERTO, BARA GALLARDO MARIA JOSE, MALLÉN EDO MARTA, MUNIESA NAVARRO MARIA INMACULADA

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: Parada cardio respiratoria
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente trabajo en Muniesa, centro que tiene muchos núcleos alejados del centro de salud. Considero primordial que la población de los núcleos rurales tengan conocimientos básicos de RCP por su distancia al centro médico, ya que en caso de urgencia la asistencia se puede demorar en algunos casos casi media hora.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos:
-Intentar que en cada núcleo rural alejado parte de la población tenga conocimientos básicos de RCP y manejo de desfibrilador
-Inventariar desfibriladores que existan en la zona y comprobar su estado
-Conciencia a ayuntamientos y comarcas de la necesidad de tener Desfibriladores en zonas alejadas

MÉTODO
Acciones:
Inventariado de desfibriladores
Contacto con ayuntamientos y comarcas si es necesario, de manera individual o a través del consejo de salud
Talleres de RCP básica y con manejo de desfibrilador
Estas actividades se realizarán por todos los integrantes del proyecto. Actualmente cuento con un muñeco de RCP (personal) con el cual se pueden realizar talleres para pocas personas. En casa de tener grupos más grandes sería necesario contar con más recursos materiales.

INDICADORES
Indicadores
-Intentar formar a 8-10 personas por cada 100 en núcleos rurales alejados.
-Encuestas de satisfacción de usuarios

DURACIÓN
Primeros dos meses: comunicación con ayuntamientos e inventariado de desfibriladores
Resto del año: Planear conjuntamente con los ayuntamientos los talleres en cada municipio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1155

1. TÍTULO

¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE MARTA MALLEN EDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALESA ALBALATE ALBERTO
MUNIESA NAVARRO INMACULADA
VILLANUEVA CABRERA ALEX
BARA GALLARGO M JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ORGANIZATIVAS:

Se presentó el proyecto al equipo, teniendo buena aceptación, a continuación se expuso en Consejo de Salud. Se solicitó una reunión con las amas de casa. En la charla informativa se dió a conocer el proyecto, animando a promover y fomentar la salud a través del ejercicio físico, y explicando sus beneficios y fomentar las relaciones sociales. Se explicó con detalle el recorrido que íbamos a realizar, duración de la actividad, así como la preparación (ropa deportiva y cómoda, zapatillas de deporte, botellín de agua, protección solar, el calentamiento y estiramientos antes del paseo y estiramientos al finalizar). La charla la dimos en la polivalente de la localidad en el mes de Enero.

Dimos difusión de los paseos a través de las redes sociales, en nuestra página de facebook del centro de salud. Se distribuyó por los lugares más frecuentes de la población, carteles. El Ayuntamiento también se encargó durante las primeras semanas de echar bandos recordando la actividad.

A lo largo de todas las semanas, desde que se comenzaron los paseos, en nuestra página de facebook hemos ido informando a la población de nuestro paseo semanal, y animando a seguir sumando en salud.

INTERVENCIÓN:

La actividad comenzó el día 7 de Mayo, a las 8:30 en el Centro de salud, comenzamos el primer día con 9 personas, y hemos ido aumentando hasta participar 17 personas. El primer día se tomó TA, FC, PESO y se explicó brevemente los beneficios del deporte.

En las consultas y en Atención Continuada se fue informando sobre la actividad y captando participantes. En otras poblaciones de la zona básica de salud también se ha informado de la actividad, consiguiendo que vinieran. participantes de otros pueblos.

Se han realizado todos los lunes, desde las 8.30 hasta las 9.30, siempre previo al paseo con calentamiento y estiramientos, y posterior al paseo, estiramientos. Todos los días han ido acompañados por enfermeras de atención continuada, fuera de su horario laboral o por los enfermeros que cubren las mañanas. Durante los paseos hemos realizado educación para la salud, tratando varios temas a lo largo de los días (consejo antitabaco, alimentación,)

El 25 de junio fue el último día de paseo, dejando los meses de verano de descanso por las altas temperaturas, y ofrecer una mejor asistencia sanitaria, al aumentar la población en la época estival.

En septiembre (día 17) reanudamos los paseos, habiendo buena aceptación por parte de la población, participando 13 personas el primer día.

Para el mes de Noviembre estaba previsto una Charla -taller "Sobre beneficios del deporte en la salud" impartida por nuestro compañero Dr. Alex Villanueva. Se ha ido retrasando, no pudiéndola realizar en estos meses, por falta de personal médico que ha obligado a cubrir y doblar consultas, con lo que ha resultado difícil encontrar un día adecuado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Ha aumentado el grado de satisfacción personal y bienestar de los participantes.

Se ha conseguido los objetivos de fomentar la práctica del ejercicio físico y crear el hábito, así como favorecer las relaciones intrapersonales. Cada día ha aumentado el número de participantes y se ha logrado que ellos crearan grupos para salir a pasear sin nuestra compañía.

Los participantes han mostrado su satisfacción y deseo que se realicen actividades de este tipo que impliquen a la población.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora ha sido muy positiva debido a la participación, implicación y buena respuesta del proyecto en la población.

7. OBSERVACIONES.

Queda pendiente de realizar la charla.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1155 ===== ***

Nº de registro: 1155

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1155

1. TÍTULO

¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

Autores:
MALLEN EDO MARTA, SALESA ALBALATE ALBERTO, MUNIESA NAVARRO INMACULADA, VILLANUEVA CABRERA ALEX, BARA GALLARDO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ha demostrado que una inactividad física multiplica los factores de riesgo de provocar daños a nuestro sistema cardiovascular así como acentuar otros factores de riesgo como la obesidad, la hipertensión, la diabetes. El ejercicio físico es un hábito de vida saludable, una manera que junto con una alimentación sana, podemos disminuir y prevenir el riesgo cardiovascular. Nuestro proyecto de realizar paseos saludables se concibe a raíz de la detección en la población adulta, de un porcentaje alto de sedentarismo.

RESULTADOS ESPERADOS

GENERALES:

- Fomentar la practica del ejercicio físico y crear un hábito de realizar actividad física de forma regular y continuada.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Promover un estilo de vida saludable.
- Favorecer las relaciones interpersonales.

ESPECÍFICOS:

- La actividad en principio ira dirigida a toda la población adulta de Muniesa, tanto hombres como mujeres.
- Aumentar el numero de personas que hacen ejercicio de manera habitual.

MÉTODO

- Comunicación a los miembros del equipo.
- Información sobre el proyecto en el Consejo de Salud.
- Charla informativa con las Amas de casa de la poblacion de Muniesa.
- La actividad tambien se publicará en nuestra pagina de Facebook del centro de salud, carteles informativos distribuidos por los puntos importantes del pueblo y difusión a través del Ayuntamiento con bandos.
- En las consultas y en Atención Continuada se irá captando pacientes.
- Inicio de los paseos. El primer día se dará un breve explicación sobre los beneficios del ejercicio, así como debemos ir preparados para la actividad (ropa cómoda, botellin agua, zapatillas deportivas, protección solar..).
- Se realizará todos los lunes, partiendo desde el Centro de Salud a las 8:30 con una duración de unos 45 minutos, acompañados por un enfermero/a. Antes se realizarán unos ejercicios de calentamiento y estiramientos.
- Taller: "Los Beneficios del deporte".
- Taller: "Alimentación saludable y dieta"

INDICADORES

- Toma de TA y peso, calculando su IMC. Inicio y final del proyecto.
- Nº de personas que estan realizando la actividad al inicio y nº de personas que la siguen realizando durante el año.
- Encuesta de satisfacción a finalizar la actividad.

DURACIÓN

Inicio Enero de 2018, y sin fecha de fin de programa

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1155

1. TÍTULO

¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1155

1. TÍTULO

¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE MARTA MALLEN EDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALESA ALBALATE ALBERTO
MUNIESA NAVARRO INMACULADA
VILLANUEVA CABRERA ALEX
BARA GALLARDO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ORGANIZATIVAS:

Se presentó el proyecto al equipo, teniendo buena aceptación, a continuación se expuso en Consejo de Salud. Se solicitó una reunión con las amas de casa. En la charla informativa se dio a conocer el proyecto, animando a promover y fomentar la salud a través del ejercicio físico, explicando sus beneficios y fomentar las relaciones sociales. Se explicó con detalle el recorrido que íbamos a realizar, duración de la actividad, así como la preparación (ropa deportiva y cómoda, zapatillas de deporte, botellín de agua, protección solar, ejercicios de calentamiento y estiramientos antes del paseo y al finalizar). La charla la dimos en la polivalente de la localidad de Muniesa en el mes de Enero.

Dimos difusión de los paseos a través de las redes sociales, en nuestra página de Facebook del centro de salud. Se distribuyó por los lugares más frecuentes de la población, carteles. El Ayuntamiento también se encargó durante las primeras semanas de echar bandos recordando la actividad.

A lo largo de todas las semanas, desde que se comenzaron los paseos, en nuestra página de facebook hemos ido informando a la población de nuestro paseo semanal, y animando a seguir sumando en salud.

INTERVENCIÓN:

La actividad comenzó el día 7 de Mayo, a las 8:30 en el Centro de Salud, comenzamos el primer día con 9 personas y han ido aumentando hasta participar 17 personas. El primer día se tomó TA, FC, PESO, y se explicó brevemente los beneficios del deporte.

En las consultas y en Atención Continuada se fue informando sobre la actividad y captando participantes. En otras poblaciones de la zona básica de salud también se ha ido informando de la actividad, consiguiendo que vinieran participantes de otros pueblos.

Se han realizado los paseos todos los lunes, desde las 8:30 hasta las 9:30, siempre previo al paseo con calentamiento, y estiramientos tanto al principio como al finalizar la actividad. Todos los días han ido acompañados por enfermeras de atención continuada, fuera de su horario laboral o por los enfermeros que cubren las mañanas. Durante los paseos hemos realizado educación para la salud, tratando varios temas a lo largo de los días (consejo antitabaco, alimentación, cuidado de la piel ante la exposición solar...)

El 25 de Junio fue el último día de paseo, dejando los meses de verano de descanso por las altas temperaturas, y ofrecer una mejor asistencia sanitaria, al aumentar la población en la época estival.

En Septiembre (día 17), se reanudan los paseos, habiendo buena aceptación por parte de la población, participando 13 personas el primer día. Conforme nos hemos ido acercando al otoño y con días más fríos ha bajado el número de asistentes, solicitándonos si se podían retrasar la hora de salida, pero ya se explicó que las consultas no se podían modificar horarios, porque hay que pasar en un día varios pueblos.

Para el mes de Noviembre estaba previsto una Charla "Sobre beneficios del deporte en la salud" impartida por el Dr. Alex Villanueva. Se fue retrasando, no pudiéndola realizar en estos meses, por falta de personal médico que ha obligado a cubrir y doblar consultas, con los que ha resultado difícil encontrar un día adecuado.

Al final la charla se realizó el día 22 de Enero, después de todas las festividades. Se impartió en la sala polivalente de Muniesa, con una duración de 1 hora donde se trató: beneficios en la salud con el deporte, como iniciar una rutina de ejercicios, tipos de ejercicios... La charla fue muy bien aceptada, asistiendo 30 personas.

Los participantes han mostrado su satisfacción y deseo que se realicen actividades de este tipo que impliquen a la población.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Ha aumentado el grado de satisfacción personal y de bienestar de los participantes. Se ha conseguido los objetivos de fomentar la práctica del ejercicio físico y crear el hábito, así como favorecer las relaciones interpersonales. Cada día ha aumentado el número de participantes y se ha logrado que ellos crearan grupos para salir sin nuestra compañía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora ha sido muy positiva debido a la participación, implicación y buena respuesta del proyecto en la población.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1155

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1155

1. TÍTULO

¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

===== ***

Nº de registro: 1155

Título
¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

Autores:
MALLEN EDO MARTA, SALESA ALBALATE ALBERTO, MUNIESA NAVARRO INMACULADA, VILLANUEVA CABRERA ALEX, BARA GALLARDO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha demostrado que una inactividad física multiplica los factores de riesgo de provocar daños a nuestro sistema cardiovascular así como acentuar otros factores de riesgo como la obesidad, la hipertensión, la diabetes. El ejercicio físico es un hábito de vida saludable, una manera que junto con una alimentación sana, podemos disminuir y prevenir el riesgo cardiovascular. Nuestro proyecto de realizar paseos saludables se concibe a raíz de la detección en la población adulta, de un porcentaje alto de sedentarismo.

RESULTADOS ESPERADOS

GENERALES:
-Fomentar la practica del ejercicio físico y crear un hábito de realizar actividad física de forma regular y continuada.
-Mejorar la calidad de vida de los pacientes.
-Promover un estilo de vida saludable.
-Favorecer las relaciones interpersonales.

ESPECÍFICOS:

-La actividad en principio ira dirigida a toda la población adulta de Muniesa, tanto hombres como mujeres.
-Aumentar el numero de personas que hacen ejercicio de manera habitual.

MÉTODO

-Comunicación a los miembros del equipo.
-Información sobre el proyecto en el Consejo de Salud.
-Charla informativa con las Amas de casa de la población de Muniesa.
-La actividad tambien se publicará en nuestra pagina de Facebook del centro de salud, carteles informativos distribuidos por los puntos importantes del pueblo y difusión a través del Ayuntamiento con bandos.
-En las consultas y en Atención Continuada se irá captando pacientes.
-Inicio de los paseos. El primer día se dará un breve explicación sobre los beneficios del ejercicio, así como debemos ir preparados para la actividad (ropa cómoda, botellin agua, zapatillas deportivas, protección solar..). Se realizará todos los lunes, partiendo desde el Centro de Salud a las 8:30 con una duración de unos 45 minutos, acompañados por un enfermero/a. Antes se realizarán unos ejercicios de calentamiento y estiramientos.
-Taller: "Los Beneficios del deporte".
-Taller: "Alimentación saludable y dieta"

INDICADORES

-Toma de TA y peso, calculando su IMC. Inicio y final del proyecto.
-Nº de personas que estan realizando la actividad al inicio y nº de personas que la siguen realizando durante el año.
-Encuesta de satisfacción a finalizar la actividad.

DURACIÓN

Inicio Enero de 2018, y sin fecha de fin de programa

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1155

1. TÍTULO

¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1256

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA VICTORIA NONAY LACRUZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FESSENDEZ GOMEZ JESSICA
DE MINGO USON MIGUEL ANGEL
FERREIRA PAESA JORGE
VILLANUEVA CABRERA ALEX
ESPIN GALLARDO RICARDO JOSE
SANCHEZ GIMENO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para poner en marcha la consulta monográfica de tabaquismo, primero tuvimos que formarnos las dos compañeras que vamos a realizar la misión en el tema de tabaco. Para ello la DUE Jessica Fessenden realizó un máster en deshabituación tabáquica por la Universidad Católica de Murcia. Curso de deshabituación tabáquica del SALUD, y una semana como oyente en la consulta de deshabituación tabáquica del Hospital Royo Villanova. Por parte de la Dra M^a Victoria Nonay realizó el curso de deshabituación tabáquica del SALUD, como oyente, ya que no había suficientes plazas, y asistencia como oyente a la consulta de deshabituación tabáquica del APTA, que depende del Gobierno de Aragón y que se realiza en el CS de Sagasta.

El tema de la formación nos llevó mas tiempo del deseado, ya que para realizar nuestra asistencia como oyentes a los lugares mencionados, tuvimos que esperar por las vacaciones, por que había mas gente interesada delante de nosotras, por motivos técnicos de dichas consultas y por motivos personales. Creamos las agendas con intención de empezar en octubre de 2018. Se pusieron carteles informativos en los consultorios locales y en el CS y se colgó en la página del facebook que tenemos del centro. Hasta final de año sólo hemos tenido un paciente interesado que ha venido a consulta. Algún otro que se había citado ha cancelado las citas por diferentes motivos. Se ha pedido a los compañeros que a todo paciente fumador, que vaya a la consulta, se le informe y orezca el sevicio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aunque hace cuatro meses que comenzamos con a consulta, no hemos conseguido ningún objetivo marcado. El paciente que ha venido a consulta está en proceso de deshabituación. Este año han acudido a consulta 5 nuevos pacientes, alguno está en fase contemplativa, otros en fase de acción. Esperamos durante este año en curso conseguir que nuestros pacientes se sientan motivados para dejar de fumar
El indicador es el nº de pacientes que ha dejado de fumar con un standar del 5%, que evidentemente no hemos cumplido por falta de pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos puesto en marcha la consulta dando publicidad a la misma. Intentamos captar pacientes por todos los medios y encontramos la falta de motivación de los mismos. Muchos no se plantean dejar de fumar. Vamos a continuar con la consulta
Tenemos que actuar en la población a través de los profesionales involucrados en su atención y cuidados

7. OBSERVACIONES.

No es fácil en un centro rural como el nuestro implantar una consulta de deshabituación tabáquica por a dispersión que existe, por ser una población envejecida y carecer en ocasiones de tiempo y medios de transporte para acudir a las citas.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1256 ===== ***

Nº de registro: 1256

Título
IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA, FESSENDEZ GOMEZ JESSICA, DE MINGO USON MIGUEL ANGEL, FERREIRA PAESA JORGE FRANCISCO, VILLANUEVA VACA ALEX, ESPIN GALLARDO RICARDO JOSE, SANCHEZ GIMENO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1256

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EPOC, ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, PROCESOS NEOPLÁSICOS RELACIONADOS CON EL TABACO
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En nuestro centro de salud, pese a tener en el contrato de gestión una buena puntuación en el ítem de intervención sobre los fumadores, no conseguimos el abandono del hábito tabáquico en los mismos. Las posibles causas que hemos encontrado son la falta de conocimientos y de interés del personal sanitario, falta de motivación de los pacientes fumadores y falta de un responsable capaz de poner en marcha un programa de deshabituación tabáquica. Las consecuencias son muy importantes para la población afectada, ya que tienen un riesgo más elevado de desarrollar enfermedades cardiovasculares, EPOC, neoplasias...

RESULTADOS ESPERADOS
Pretendemos aumentar la tasa de abandono de tabaquismo para disminuir la prevalencia de EPOC, el riesgo cardiovascular, la incidencia de procesos neoplásicos relacionados con el tabaco y disminuir el porcentaje de fumadores pasivos relacionados con el mismo. La actividad va dirigida a todos los pacientes fumadores de nuestra Zona Básica de Salud excepto los pacientes con cardiopatía isquémica, con patología psiquiátrica, incluida depresión, los fumadores de distintas sustancias al tabaco, que serán susceptibles de tratamiento en la unidad de tabaquismo del Hospital de Alcañiz

MÉTODO
Implementar una consulta de deshabituación de hábito tabáquico en nuestro centro, para ello nos vamos a implicar todo el personal que formamos parte del equipo para la captación de los fumadores y posteriormente, evaluación, tratamiento y seguimiento por parte de las personas encargadas de la consulta, que serán un médico y un enfermero/a . Vamos a hacer cursos de formación sobre este tema y reuniones trimestrales para exponer las carencias del programa y valorar cambios y logros obtenidos

INDICADORES
INDICADOR: % de personas que han dejado de fumar
FÓRMULA: En el numerador N° personas fumadoras que han dejado de fumar x100
Denominador: N° fumadores existentes en el momento de poner en marcha el proyecto e incluidos en el programa
Frecuencia de medición: Anual
Estándar 5%
Fuente: Listado de pacientes incluidos en el programa de atención al fumador de OMI

DURACIÓN
• Creación del grupo de trabajo: JUNIO 2018
• Recogida de información de los listados existentes: Junio 2018
• Redacción de las instrucciones técnicas y disponibilidad del documento: Septiembre-Octubre 2018
• Difusión y puesta en marcha: Octubre-Noviembre 2018
• Duración: anual, renovable

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1256

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA VICTORIA NONAY LACRUZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FESSENDEN GOMEZ JESSICA
DE MINGO USON MIGUEL ANGEL
MALLEN EDO MARTA
ESPIN GALLARDO RICARDO JOSE
FERREIRA PAESA JORGE FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Somos dos profesionales las que realizamos la consulta, una médica y una enfermera. Para poner en marcha la consulta tuvimos que formarnos en el tema del tabaquismo, para ello la profesional de medicina se formó asistiendo al programa APTA con la Dra Lourdes Clemente, y realizando el curso "IMPLEMENTACIÓN DE CONSULTAS ESPECÍFICAS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN ATENCIÓN PRIMARIA" realizado por el SALUD, y la profesional de enfermería asistiendo a consulta de tabaquismo del Hospital Rojo Villanova y realizando master de deshabituación tabáquica por Universidad Católica de Murcia.

Se revisó bibliografía y protocolos existentes en las consultas de deshabituación tabaquica para la realización de un cronograma de citas

Realización de la redacción de las instrucciones técnicas necesarias para realizar la consulta y el seguimiento de la misma

Difusión de la consulta con colocación de carteles informativos en el centro de salud, consultorios locales y tiendas de la zona. Se involucró a todo el personal del Centro para que intentaran captar fumadores aprovechando cualquier visita o consulta.

Inicio de la consulta en noviembre de 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Han pasado por la consulta un total de 14 pacientes de los 105 que aparecen en OMI, de los cuales, de momento, han dejado de fumar 3 (21%), han abandonado el programa 9 (64%), y 2 de ellos se acaban de incorporar a la consulta y no los podemos valorar todavía (14%).

De los pacientes que de momento no fuman, dos han seguido tratamiento con vareniclina (67%) y uno lo ha hecho sin medicación (33%).

De los que siguen fumando, sólo uno estuvo 6 meses sin fumar y después presentó recaída (11%). Estuvo en tratamiento con vareniclina, pero sólo lo tomó un mes. El resto no llegaron a dejar de fumar, dos de ellos fumaron a la vez que tomaban medicación (22%).

INDICADOR: $\frac{3}{105} \times 100 = 2.85\%$

Entendemos que pese a nuestro esfuerzo no hemos conseguido el standar marcado que era del 5%, no obstante consideramos que 3 pacientes que han abandonado el tabaco son un logro

Los indicadores se han conseguido del listado de la Cartera de Servicios de nuestro Centro de Salud que aparecen en OMI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos ha costado mucho poner en marcha la consulta debido, sobre todo, a la falta de pacientes por la poca motivación de los mismos.

La mayoría no aceptó tratamiento de deshabituación, sobre todo por el precio elevado del mismo. Hemos notado que desde el 1 de Enero, fecha en que ha comenzado a subvencionarse el tratamiento para la deshabituación tabáquica, ha habido un repunte de pacientes. Han venido a consulta dos que están en fase inicial y está citado un tercero.

Consideramos que es un proyecto de gran impacto en la comunidad debido a las consecuencias directas del tabaco sobre la salud de la población, tanto directa como indirectamente.

Seguiremos con el desarrollo de la consulta monográfica en el centro de salud de Muniesa incidiendo en el aumento de la motivación poblacional

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1256

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD

Nuestra obligación como sanitarios es insistir a los pacientes en la importancia de abandonar el hábito tabáquico, para ello tenemos que aprovechar cualquier motivo de consulta, en medicina o enfermería

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1256 ===== ***

Nº de registro: 1256

Título
IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA, FESSENDEZ GOMEZ JESSICA, DE MINGO USON MIGUEL ANGEL, FERREIRA PAESA JORGE FRANCISCO, VILLANUEVA VACA ALEX, ESPIN GALLARDO RICARDO JOSE, SANCHEZ GIMENO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EPOC, ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, PROCESOS NEOPLÁSICOS RELACIONADOS CON EL TABACO
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En nuestro centro de salud, pese a tener en el contrato de gestión una buena puntuación en el ítem de intervención sobre los fumadores, no conseguimos el abandono del hábito tabáquico en los mismos. Las posibles causas que hemos encontrado son la falta de conocimientos y de interés del personal sanitario, falta de motivación de los pacientes fumadores y falta de un responsable capaz de poner en marcha un programa de deshabituación tabáquica. Las consecuencias son muy importantes para la población afectada, ya que tienen un riesgo más elevado de desarrollar enfermedades cardiovasculares, EPOC, neoplasias...

RESULTADOS ESPERADOS
Pretendemos aumentar la tasa de abandono de tabaquismo para disminuir la prevalencia de EPOC, el riesgo cardiovascular, la incidencia de procesos neoplásicos relacionados con el tabaco y disminuir el porcentaje de fumadores pasivos relacionados con el mismo. La actividad va dirigida a todos los pacientes fumadores de nuestra Zona Básica de Salud excepto los pacientes con cardiopatía isquémica, con patología psiquiátrica, incluida depresión, los fumadores de distintas sustancias al tabaco, que serán susceptibles de tratamiento en la unidad de tabaquismo del Hospital de Alcañiz

MÉTODO
Implementar una consulta de deshabituación de hábito tabáquico en nuestro centro, para ello nos vamos a implicar todo el personal que formamos parte del equipo para la captación de los fumadores y posteriormente, evaluación, tratamiento y seguimiento por parte de las personas encargadas de la consulta, que serán un médico y un enfermero/a. Vamos a hacer cursos de formación sobre este tema y reuniones trimestrales para exponer las carencias del programa y valorar cambios y logros obtenidos

INDICADORES
INDICADOR: % de personas que han dejado de fumar
FÓRMULA: $\frac{\text{Nº personas fumadoras que han dejado de fumar}}{\text{Nº fumadores existentes en el momento de poner en marcha el proyecto e incluidos en el programa}} \times 100$
Frecuencia de medición: Anual
Estándar 5%
Fuente: Listado de pacientes incluidos en el programa de atención al fumador de OMI

DURACIÓN
• Creación del grupo de trabajo: JUNIO 2018
• Recogida de información de los listados existentes: Junio 2018
• Redacción de las instrucciones técnicas y disponibilidad del documento: Septiembre-Octubre 2018
• Difusión y puesta en marcha: Octubre-Noviembre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1256

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD

. Duración: anual, renovable

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0942

1. TÍTULO

SUELO PELVICO Y MENOPAUSIA

Fecha de entrada: 06/02/2019

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.

El taller fue comunicado mediante carteles informativos en el Centro de Salud, la comunicacion directa a las profesiones sanitarios y administrativos del Centro de Salud, asi como a la Asociación de Amas de Casa de Muniesa quienes se encargaron de anunciar el taller por el bando municipal .
Actividades realizadas : Charla informativa realizada el 19/09/2019 en el Centro Social de Muniesa (los recursos utilizados fue una presentacion Power Point) y una sesión práctica de ejercicios y relajacion (recursos utilizados colchonetas y música)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las mujeres mejoraron su grado de conocimientos sobre anatomia de suelo pelvico y cambios fisiológicos de la menopausia y se resolvieron dudas y falsos mitos que tenían, dichos datos quedaron reflejados en los test previo y posterior a las sesiones .
La satisfacción general de las mujeres fue muy buena según los resultados de las encuestas de valoración.
El impacto de proyecto fue muy positivo ya que acudieron 16 mujeres quedando reflejados en la lista de asistentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoracion general ha sido muy satisfactoria, las mujeres quedaron muy agradecidas y les gusto mucho la idea de continuar haciendo charlas y sesiones como éstas, ya que el tiempo fue escaso, se prevé la continuidad del taller durante el año 2019 con más sesiones informativas y prácticas sobre menopausia tratando los temas de forma especifica (alimentación, sexualidad, incontinencia urinaria, sofocos, actividad fisica...) ya que tenían muchas dudas que querian resolver .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/942 ===== ***

Nº de registro: 0942

Título
SUELO PELVICO Y MENOPAUSIA

Autores:
REPOLLES PERALTA PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: menopausia
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: calidad de vida

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Muniesa es una poblacion donde la edad media de las mujeres se aproxima a los 60 años, edad en la que son frecuentes los problemas relacionado con el suelo pélvico (incontinencia urinaria de esfuerzo, sequedad vaginal . dispareunia ...) Problemas que hacen disminuir la calidad de vida de las mujeres y que pocas veces son escuchados por el profesional sanitario a pesar ser motivo habitual de consulta en la matrona .

RESULTADOS ESPERADOS

Informar a las mujeres sobre su anatomia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0942

1. TÍTULO

SUELO PELVICO Y MENOPAUSIA

Explicar los cambios relacionados con la menopausia
Enseñar a realizar ejercicios de Suelo Pélvico
Disminuir las consultas relacionadas con este tema
Mejorar la calidad de vida de las mujeres

MÉTODO

Charla informativa : Anatomía de la mujer
Charla informativa : Disfunciones de suelo pélvico
Charla informativa : Cambios fisiológicos de la menopausia
Taller Práctico : ejercicios de fortalecimiento de suelo pélvico

INDICADORES

Grado de conocimiento sobre la anatomía de la mujer (test de conocimientos)
Grado de conocimiento sobre los cambios fisiológicos de la Menopausia (test de conocimientos)
Mejoría en su calidad de vida (encuesta de satisfacción)

DURACIÓN

Las charlas y el taller tendrán una duración de 1 hora cada uno y será impartido por Patricia Repolles
Se realizarán durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2018

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 - 2018/0916

1. TÍTULO

CUMPLIMENTACION DE LA DOCUMENTACION DE CARGOS A TERCEROS EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE SANDRA FIGUEROLA FALCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VALDERROBRES
· Localidad VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALLUE DE BARO MARTA
ZAPATER MONSERRAT MATILDE
MOJONERO ANTEQUERA JUANA A
VELILLA LOMBA ANA
GRANERO LAZARO CARMEN
LORENTE CARPIO JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En septiembre de 2018 se hizo una sesión clínica explicativa en la que participó el 80% del personal del Centro de Salud de Valderrobres en la que se explicaron los formularios a rellenar y se dejó un tiempo para responder dudas. Febrero de 2019, se explicó a todos mediante otra sesión explicativa la facturación de 2018 en referencia a 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En 2017, la facturación de Valderrobres gracias a la cumplimentación de Cargos a Terceros fue de 824.01 €, siendo en 2018, 5603,48€.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo es consciente de la importancia de la cumplimentación de la documentación necesaria para reclamar Cargos a Terceros, como se puede comprobar en los resultados obtenidos en términos económicos.
El equipo ha mostrado gran interés en seguir mejorando económicamente en los próximos años.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/916 ===== ***

Nº de registro: 0916

Título
MEJORA DE LA EFICACIA DEL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES: CUMPLIMENTACION DE CARGOS A TERCEROS

Autores:
FIGUEROLA FALCO SANDRA, ALLUE DE BARO MARTA, ZAPATER MONSERRAT MATILDE, MOJONERO ANTEQUERA JUANA A, VELILLA LOMBA ANA, GRANERO LAZARO CARMEN, LORENTE CARPIO JOSE MANUEL

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: Todo tipo de patología
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras comprobar la inactividad del Centro de Salud de Valderrobres en la gestión de Cargos a terceros y ante la importancia de reclamar el coste de las atenciones y prestaciones sanitarias realizadas a los terceros obligados a pago, hemos considerado pertinente la puesta en marcha de este proyecto.

Además el Centro de Salud de Valderrobres da cobertura sanitaria a una zona con gran impacto turístico, con muchos desplazados de otros países y Comunidades Autónomas que visitan la Comarca, por lo que es todavía más necesario conocer como rellenar y adjuntar la documentación necesaria para la cumplimentación de cargos a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0916

1. TÍTULO

CUMPLIMENTACION DE LA DOCUMENTACION DE CARGOS A TERCEROS EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

terceros y la facturación de los mismos, para una correcta financiación de la Sanidad Pública.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la cumplimentación por parte de todo el personal del Centro de Salud de Valderrobres de la documentación necesaria para que el servicio de Cargos a Terceros del Hospital de Alcañiz tenga toda la información necesaria para tramitar la gestión de la facturación.

MÉTODO

Sesión Clínica explicativa a todo el personal del Centro de Salud de Valderrobres para responder dudas y preguntas, explicar los formularios a rellenar cumpliendo los criterios necesarios en cada caso (accidentes laborales, de tráfico, cargos a terceros para extranjeros, etc)
Anualmente revisión cumplimiento del proyecto y evaluación de la mejora en la tramitación de cargos por parte del personal del Centro.

INDICADORES

Contabilizar el número de casos remitidos al servicio así como la correcta cumplimentación de los mismos.

DURACIÓN

La duración será indefinida mientras siga vigente esta normativa y con carácter anual se evaluarán los indicadores, realizando análisis y acciones de mejora.
Mayo 2019: Evaluación del proyecto y realización de memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0919

1. TÍTULO

PROYECTO "MANOS LIMPIAS" EN CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE MARISOL GUERRERO VICENTE
· Profesión MATRONA
· Centro CS VALDERROBRES
· Localidad VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FIGUEROLA FALCO SANDRA
MOJONERO ANTEQUERA JUANA A
VELILLA LOMBA ANA
DEL GALLEGO MOLIAS ANA DEL PILAR
RINCON ESTRADA RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En colaboración con los docentes, la actividad ha consistido en realizar una sesión explicativa, en la que se hace hincapié en la importancia del lavado de manos y se les enseña en 8 pasos el lavado de manos.
Nos hemos desplazado a las aulas para impartir la actividad en horario escolar en los centros educativos del ámbito de actuación del Centro de Salud de Valderrobres (La Portellada, Monroyo, Ráfales, Peñarroya, Fuentespalda y La Fresneda) aulas unitarias y en Valderrobres al alumnado de Priemr Curso de Primaria.
Los recursos empleados fueron la presentación del power point que incluye una canción sobre el lavado de manos; antiséptico y lámpara UV y finalmente carteles y encuesta de 5 preguntas.
Posteriormente se lavaron las manos con el antiséptico y comprobaron con la lámpara UV las partes de las manos que tenían antiséptico.
Se colocaron carteles con los 8 pasos, en las zonas en las que había lavabo.
Se dejó en el ordenador de los centros la presentación y los carteles para su visionado y reposición si fuese necesario de los carteles, a criterio del profesorado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo se ha conseguido al 98%, ya que el 2% del alumnado estaba ausente por enfermedad y no acudió a clase el día de la actividad. Los profesores y compañeros se comprometieron a enseñarles.
La encuesta se resolvió satisfactoriamente al 100% en todos los grupos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración es positiva.
El profesorado colabora activamente y supone un complemento a los materiales y actividades relacionadas con la salud .
También con el medio ambiente, ya que se mencionó repetidamente el uso responsable del agua relacionado con el lavado de manos.
Los centros educativos tienen ordenador, proyector y aulas adaptadas para este tipo de actividades, por lo que su sostenibilidad y la replicación del proyecto es perfectamente asumible desde el Centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/919 ===== ***

Nº de registro: 0919

Título
PROYECTO "MANOS LIMPIAS" EN CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

Autores:
GUERRERO VICENTE MARISOL, FIGUEROLA FALCO SANDRA, MOJONERO ANTEQUERA JUANA A, VELILLA LOMBA ANA, DEL GALLEGO MOLIAS ANA DEL PILAR, RINCON ESTRADA RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDERROBRES

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:-----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0919

1. TÍTULO

PROYECTO "MANOS LIMPIAS" EN CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La OMS ha establecido unas Directrices sobre la higiene de manos demostrando que el lavado de manos con jabón es una de las maneras más eficaces y económicas de prevenir, entre otras, las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas siendo ambos diagnósticos motivos de ingreso hospitalario frecuentes en edad infantil en España.

Por otro lado, el ámbito escolar es el lugar idóneo para ejercer enfermería comunitaria, donde los niños pueden aprender la importancia del lavado de manos como práctica sencilla además de eficaz de una manera divertida.

RESULTADOS ESPERADOS

Que los niños aprendan la importancia del lavado de manos y enseñarles como hacerlo.

Prevenir en un futuro ingresos hospitalarios debidos a esta causa.

Establecer una relación de confianza entre el personal sanitario y los niños que pertenecen al Centro de Salud de Valderrobres.

MÉTODO

En colaboración con los docentes, la actividad consistirá en realizar una sesión explicativa, en la que se hace hincapié en la importancia del lavado de manos.

Nos desplazaremos a la escuela en el mes de junio donde realizaremos la sesión a todos los niños del colegio en el caso de que se trate de centros unitarios (La Portellada, Monroyo, Peñarroya, Fuentespalda y Fresneda) y, en Valderrobres, la realizaremos a niños de primer curso de primaria, ya que consideramos que a esta edad tienen la capacidad suficiente para entender y disfrutar del proyecto .

Para llevar a cabo la explicación disponemos de un power-point informativo y sencillo, además de un video cantado y pegadizo, método divertido para que los niños aprendan el proceso. Tras la explicación, los niños se lavarán las manos con antiséptico de manos siguiendo los pasos aprendidos y pondrán las manos bajo una lámpara donde podrán apreciar hasta dónde ha llegado la extensión del antiséptico.

Colocaremos carteles informativos de cómo lavar las manos en el colegio para que los puedan visualizar siempre que quieran.

INDICADORES

Tras la sesión comprobaremos que los niños han aprendido la importancia del lavado de manos y que han aprendido a hacerlo, para ello les haremos un cuestionario al finalizar la sesión.

DURACIÓN

Se trata de un proyecto que en un principio no daremos por finalizado, ya que cada año en Valderrobres realizaremos la sesión a niños de primero de primaria. En el resto de los pueblos, se realizará cada tres años.

Comprobaremos cada año que los carteles de cómo lavarnos las manos están colgados, si vemos que tras un año no son efectivos, cambiaremos el lugar y formato de los mismos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0068

1. TÍTULO

ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNETICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA EN ATENCION PRIMARIA

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.

SANTAMARIA FAJARDO ANGIE
AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA
POLO ROYO MARCO
TURON ALCAINE JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se creó un grupo de trabajo compuesto por los médicos de la Unidad de Rehabilitación/consulta de patología musculoesquelética. Se revisó el documento de criterios de derivación de patología musculo esquelética del año 2016 estableciendo criterios de petición de resonancia magnética en patología musculoesquelética en Atención Primaria. Los médicos de atención primaria hacen una propuesta de petición de RMN a la dirección de atención primaria explicando los criterios que cumple el paciente para la realización de la resonancia. A continuación la dirección revisa que cumple los criterios de indicación decidiendo si se aprueba la solicitud o se deniega por falta de criterios.

Se han establecido criterios de solicitud de RMN en patología de hombro, patología de columna y patología de rodilla:

- HOMBRO DOLOROSO con impotencia funcional en la movilidad activa (sospecha de rotura tendinosa). Se excluyen los pacientes mayores de 65 años en los que se solicitará ecografía.
- PATOLOGÍA DE COLUMNA:
 - o Hipoestésias o disestésias en un territorio radicular. No se solicitará cuando la irradiación solo afecte a territorio proximal
 - o Paresia o pérdida de fuerza en un grupo muscular
 - o Abolición o asimetría clara de ROT
 - o Sospecha de fractura vertebral o patología tumoral
- SOSPECHA DE PATOLOGÍA MENISCAL. En pacientes menores de 65 años y laboralmente activos que presenten al menos uno de los siguientes: historia de bloqueo articular, chasquidos dolorosos, derrames de repetición refractarios al tratamiento con AINES, sensación de inestabilidad articular.

El protocolo se ha presentado a los centros y colgado en la intranet en Noviembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta la fecha se han solicitado 10 resonancias de las que se han rechazado 3 (30%). Obviamente solo llevamos un mes desde el comienzo de la implementación, por lo que esperamos que con más tiempo se vaya ajustando el estándar. El proyecto, por ello debe continuar al año que viene donde monitorizaremos también el número de RMN solicitadas por atención primaria y su posible desviación con las que se solicitan en otros sectores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto continúa al año que viene con la monitorización descrita.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/68 ===== ***

Nº de registro: 0068

Título
ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNETICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0068

1. TÍTULO

ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNETICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA EN ATENCION PRIMARIA

Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el año 2016, en coordinación con los servicios de Traumatología, Rehabilitación/consulta de musculoesquelético y Reumatología se establecieron unos criterios de derivación por patología osteomuscular desde Atención Primaria al Hospital de Alcañiz en las patologías más frecuentes, criterios que incluían en determinados casos la solicitud de resonancia magnética. Sin embargo, a lo largo de 2017 se produjo un incremento significativo de la demanda de resonancia magnética desde atención primaria en nuestro sector, muy superior a la de otros sectores de Aragón, demanda que no se traducía en una reducción significativa de las peticiones por parte del hospital, por lo que decidimos valorar las solicitudes desde la dirección de Atención Primaria, lo que mostró un número significativo de peticiones que no se adecuaban a protocolo. Por este motivo decidimos revisar este procedimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Redefinir los criterios de solicitud de resonancia magnética en el sector en grupo de trabajo conjunto Atención Primaria/Unidad de musculoesquelético.
Mejorar la adecuación de las peticiones de resonancia magnética en atención primaria del sector Alcañiz.

MÉTODO
- Establecimiento de grupo de trabajo Atención Primaria especializada con la finalidad de establecer criterios de adecuación
- Establecimiento de un volante específico con criterios de adecuación
- Estudio de adecuación de las peticiones al protocolo acordado desde dirección del sector
- Revisión de todas las peticiones por parte de dirección

INDICADORES
% de RMN solicitadas sin criterios de adecuación (Objetivo < 20%)

DURACIÓN
Marzo-Abril: establecimiento de criterios
Mayo-Enero 2019: evaluación concurrente

OBSERVACIONES
El grupo definirá criterios de adecuación específicos por localización y patología, que serán convertidos en nuevos indicadores.

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0068

1. TÍTULO

ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ROBERTO GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- o Establecimiento de grupo de trabajo Atención Primaria especializada con la finalidad de establecer criterios de adecuación. Elaboración de criterios de indicación
- o Difusión en junta técnico asistencial
- o Revisión de todas las peticiones solicitadas por Atención Primaria en dirección de Atención Primaria. Rechazo de las que no cumplen criterios, adjuntando a la respuesta negativa los criterios de petición de resonancia del sector.
- o Monitorización y registro de la actividad de revisión en Dirección de Atención Primaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2019 se han solicitado 719 RMN en Atención Primaria, de las cuales se han rechazado 34 y se han realizado 685, es decir que nuestro indicador "% de RMN solicitadas y rechazadas" obtiene un resultado del 4,73% muy por debajo del estándar del 20% que nos habíamos propuesto. La tasa de rechazo fue mucho mayor en los primeros meses del año: de Enero a Mayo se rechazaron el 13,8% de las peticiones, desde el mes de mayo a Diciembre solo se rechazaron el 1,83% de las peticiones. De las solicitudes, un 27% fueron indicadas por atención especializada a través de interconsulta virtual (fundamentalmente Unidad de Musculo esquelético, con un 25,76% de todas las solicitudes del ejercicio). Si consideramos la tasa de RMN por 100000 habitantes nos da en este momento una tasa por 100000 habitantes de 1044 (sin ajustar por cobertura). A final de año 2018 la tasa de Aragón fue de 1224, por lo que consideramos que cumplimos el objetivo que nos habíamos previsto, a la espera de los resultados de Aragón de 2019. Si tenemos en cuenta nuestro histórico, se ha pasado desde 1193 RMN realizadas en 2016 (que fue el año que se introdujeron las RMN en atención primaria en nuestro sector) a 719 en 2019, por lo que creemos que hemos conseguido el objetivo de ofertar la RMN en Atención Primaria ajustando la demanda por debajo del promedio del SALUD.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras un intento de introducir la petición de RMN, en 2016, con un protocolo de petición de RMN cuya implantación no fue monitorizada, obtuvimos una tasa de petición de RMN por 100000 habitantes muy superior a la tasa de petición en Aragón, y la impresión de que no se estaban cumpliendo los criterios de petición. En 2019, la reelaboración del procedimiento de petición de resonancias junto con la interconsulta virtual de especializada y la autorización de las peticiones por parte de dirección ha conseguido reducir el número de peticiones de RMN por debajo de la tasa de solicitudes de RMN del SALUD con una baja tasa de rechazo. Aunque al principio la tasa de rechazo fue elevada, a partir del segundo trimestre la cifra fue testimonial. La supervisión desde Dirección del cumplimiento de criterios de petición de resonancia se ha mostrado muy efectiva y el coste del tiempo de revisión es asumible, por lo que, aunque el proyecto finaliza, vamos a seguir revisando las peticiones desde la Dirección de Atención Primaria, reduciendo la actividad de monitorización y registro al control trimestral de las cifras de petición.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/68 ===== ***

Nº de registro: 0068

Título
ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNETICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0068

1. TÍTULO

ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el año 2016, en coordinación con los servicios de Traumatología, Rehabilitación/consulta de musculoesquelético y Reumatología se establecieron unos criterios de derivación por patología osteomuscular desde Atención Primaria al Hospital de Alcañiz en las patologías más frecuentes, criterios que incluían en determinados casos la solicitud de resonancia magnética. Sin embargo, a lo largo de 2017 se produjo un incremento significativo de la demanda de resonancia magnética desde atención primaria en nuestro sector, muy superior a la de otros sectores de Aragón, demanda que no se traducía en una reducción significativa de las peticiones por parte del hospital, por lo que decidimos valorar las solicitudes desde la dirección de Atención Primaria, lo que mostró un número significativo de peticiones que no se adecuaban a protocolo. Por este motivo decidimos revisar este procedimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Redefinir los criterios de solicitud de resonancia magnética en el sector en grupo de trabajo conjunto Atención Primaria/Unidad de musculoesquelético.
Mejorar la adecuación de las peticiones de resonancia magnética en atención primaria del sector Alcañiz.

MÉTODO
- Establecimiento de grupo de trabajo Atención Primaria especializada con la finalidad de establecer criterios de adecuación
- Establecimiento de un volante específico con criterios de adecuación
- Estudio de adecuación de las peticiones al protocolo acordado desde dirección del sector
- Revisión de todas las peticiones por parte de dirección

INDICADORES
% de RMN solicitadas sin criterios de adecuación (Objetivo < 20%)

DURACIÓN
Marzo-Abril: establecimiento de criterios
Mayo-Enero 2019: evaluación concurrente

OBSERVACIONES
El grupo definirá criterios de adecuación específicos por localización y patología, que serán convertidos en nuevos indicadores.

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0074

1. TÍTULO

PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE JOSE MARIA TURON ALCAINE
· 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
GUIU CAMPOS MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha desarrollado un grupo de trabajo en colaboración con el Sector de Calatayud. Se ha realizado un proceso asistencial de insuficiencia cardiaca basado en las especificaciones de la guía de insuficiencia cardiaca de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), de los procesos compartidos entre SEC y semFYC, del proceso asistencial de Osakidetza y de los planes de cuidados del Servicio Andaluz de Salud. Dicho proceso se compone de:

- Subproceso de diagnóstico en atención primaria (Incluye petición de péptido natriurético y derivación a cardiología para valoración de ecocardiografía)
- Subproceso de seguimiento: establece las indicaciones de seguimiento en atención primaria y seguimiento compartido.

- Procedimiento de tratamiento: se indica de forma explícita como titular los distintos fármacos recomendados en las guías de referencia

- Procedimiento de plan de cuidados de enfermería: basado en las recomendaciones del programa picuida (red de cuidados de Andalucía)

- Procedimiento de cuidados paliativos

El borrador inicial se compartió con la dirección de SALUD donde se decidió desarrollar los planes de cuidados de insuficiencia cardiaca en el contexto del programa del paciente crónico complejo, basados en el plan de cuidados de este documento, además de compartir el documento con el resto de sectores. Además, se decidió contextualizar el documento solicitando la colaboración de la unidad de insuficiencia cardiaca del Hospital Miguel Servet que ha supervisado el documento. En estos momentos está en fase de revisión externa por distintos profesionales referentes en Atención Primaria de nuestra comunidad autónoma.

El documento base fue mostrado en un taller a médicos y enfermeras de atención primaria de nuestro sector en el mes de Noviembre, lo que permitió establecer un feedback directo con los profesionales incluidos en el alcance. En estos momentos presenta dos limitaciones principales:

- Seguimos con un solo cardiólogo en el hospital de Alcañiz por lo que su desarrollo va a depender de la incorporación del nuevo cardiólogo

- Estamos pendientes del registro de los planes de cuidados de enfermería en OMI-AP

Una vez se disponga de solución para cualquiera de estos dos condicionantes comenzaremos con la formación en los centros de salud del sector, por lo que este proyecto continuará en el año 2019 con los mismos objetivos y estándares que se establecieron.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No podemos mostrar resultados de momento. Dada la envergadura del proyecto este año ha servido para establecer el proceso en su integridad. En 2019, una vez desarrolladas las acciones para vencer los factores limitantes (cardiólogo y/o planes de cuidados en historia clínica OMI-AP) comenzaremos con la implementación definitiva en nuestro sector.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El programa de atención al paciente crónico establecía que enfermería debía establecer planes de acción para los pacientes con insuficiencia cardiaca. Sin embargo, nunca se han establecido protocolos de insuficiencia cardiaca en atención primaria, ni para médicos ni para enfermería. Este proyecto viene a rellenar este vacío. La supervisión de la unidad de insuficiencia cardiaca del Hospital Miguel Servet nos proporciona las bases para conseguir una continuidad asistencial adecuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/74 ===== ***

Nº de registro: 0074

Título
PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0074

1. TÍTULO

PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Autores:
TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En un reciente informe del IACS, nuestro sector presentaba una tasa creciente de hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca en pacientes diabéticos desde el año 2011 a 2014, tendencia que está por encima de las tasas de Aragón y de España. A pesar de la notable modificación de los contenidos de las guías de insuficiencia cardiaca desde 2012, no se ha llevado a cabo ninguna actualización formativa ni protocolo destinado a Atención Primaria. Creemos que esto redundará en que se diagnostique y trate tardíamente.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir la variabilidad en la práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia cardiaca crónica en el sector de Alcañiz.
Incrementar el diagnóstico y tratamiento precoz de la insuficiencia cardiaca en Atención Primaria.
Reducir la tasa de hospitalización por insuficiencia cardiaca y la estancia media en el sector de Alcañiz.

MÉTODO

Elaboración de un protocolo, en colaboración con otros sectores, orientado hacia Atención Primaria basado en la adaptación del proceso asistencial simplificado de la insuficiencia cardiaca de la SEC, introduciendo un algoritmo de evaluación de síntomas que dirija la secuencia de pruebas diagnósticas desde atención primaria. La selección de tratamientos irá orientada a los hallazgos diagnósticos previos de acuerdo a los criterios de la guía.
Introducción de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca dentro del proceso asistencial del paciente crónico complejo con insuficiencia cardiaca
Formación en los centros de salud.

INDICADORES

- Prevalencia de insuficiencia cardiaca en los registros de Atención Primaria. Fuente de datos: OMI-est
- % de pacientes con nuevo diagnóstico de insuficiencia cardiaca en los que consta en la Historia Clínica la fracción de eyección a partir de la implantación del proyecto (Objetivo >80%).
- % de peticiones de péptido natriurético justificadas por la clínica a partir de la implantación del proyecto (Objetivo >80%)
- % de pacientes con resultado de péptido natriurético elevado a los que se han realizado ecocardiografías en el año en curso. (Objetivo >80%)
- % de pacientes crónico complejos con diagnóstico de insuficiencia cardiaca crónica en los que consta la cumplimentación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca al menos una vez al año. (Objetivo >80%)
- Tasa de hospitalización por insuficiencia cardiaca (Objetivo: Reducción)

DURACIÓN

- Abril - Julio: Redacción del protocolo
- Septiembre: Formación a los centros
- Febrero 2019: evaluación de primeros resultados.

El proyecto tendrá una duración plurianual sujeta a la evolución de la implantación del proyecto y de los resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0074

1. TÍTULO

PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0074

1. TÍTULO

PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE MARIA TURON ALCAINE
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABRADOR FUSTER TOMAS
CASANOVA ESTEBAN PAOLA
ARTAJONA RODRIGO ESTER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019 se ha finalizado el proceso de atención a la insuficiencia cardiaca en colaboración con la dirección de Atención Primaria del sector Calatayud y los servicios de cardiología del Hospital Miguel Servet y Calatayud y se ha pasado revisión externa por compañeros del sector III y se ha compartido con los sectores II, III y Teruel.

Se ha modificado el informe de laboratorio de NT pro BNP incluyendo el punto de corte para el diagnóstico de insuficiencia cardiaca. Por razones relacionadas con las fechas de resolución del concurso de traslados hemos tenido que retrasar la difusión del proceso en los centros de salud que hemos comenzado a realizar en Enero de 2020 estando previsto llegar a todos los centros.

Se han colgado en OMI AP los documentos de "Hoja de monitorización para pacientes", "Instrucciones para pacientes con insuficiencia cardiaca" y el cuestionario PREDIMED.

Hemos creado un proceso de transición de los pacientes ingresados desde el hospital a Atención Primaria, creando una consulta monográfica de insuficiencia cardiaca en la unidad de cronicidad del hospital, para ser desarrollada por una enfermera con competencias avanzadas en cuidados de insuficiencia cardiaca. Su misión es iniciar la educación del paciente y su familiar para conocer su enfermedad, reconocer los síntomas de alarma y las recomendaciones de autocontrol y autocuidados. Antes de salir de alta el paciente, la enfermera llamará a la enfermera de atención primaria responsable del paciente y le comunicará el plan de cuidados y el nivel de conocimientos adquiridos. Se valorará la efectividad de la intervención monitorizando la tasa de reingresos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todavía estamos difundiendo en los centros de salud, dado que los traslados se han resuelto muy tarde y no teníamos que esperar a tener las plantillas estables antes de difundir. El proyecto ha tenido demanda en otros sectores del SALUD.

Por razones estratégicas, por el momento no se pueden incluir los formularios propuestos en OMI-AP, lo que hemos paliado colgando documentos en las plantillas de OMI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto va despacio y esperamos concluirlo en 2020 si no aparecen nuevos problemas estructurales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/74 ===== ***

Nº de registro: 0074

Título
PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

Autores:
TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0074

1. TÍTULO

PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En un reciente informe del IACS, nuestro sector presentaba una tasa creciente de hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca en pacientes diabéticos desde el año 2011 a 2014, tendencia que está por encima de las tasas de Aragón y de España. A pesar de la notable modificación de los contenidos de las guías de insuficiencia cardiaca desde 2012, no se ha llevado a cabo ninguna actualización formativa ni protocolo destinado a Atención Primaria. Creemos que esto redundará en que se diagnostique y trate tardíamente.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir la variabilidad en la práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia cardiaca crónica en el sector de Alcañiz.
Incrementar el diagnóstico y tratamiento precoz de la insuficiencia cardiaca en Atención Primaria.
Reducir la tasa de hospitalización por insuficiencia cardiaca y la estancia media en el sector de Alcañiz.

MÉTODO

Elaboración de un protocolo, en colaboración con otros sectores, orientado hacia Atención Primaria basado en la adaptación del proceso asistencial simplificado de la insuficiencia cardiaca de la SEC, introduciendo un algoritmo de evaluación de síntomas que dirija la secuencia de pruebas diagnósticas desde atención primaria. La selección de tratamientos irá orientada a los hallazgos diagnósticos previos de acuerdo a los criterios de la guía.
Introducción de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca dentro del proceso asistencial del paciente crónico complejo con insuficiencia cardiaca
Formación en los centros de salud.

INDICADORES

- Prevalencia de insuficiencia cardiaca en los registros de Atención Primaria. Fuente de datos: OMI-est
- % de pacientes con nuevo diagnóstico de insuficiencia cardiaca en los que consta en la Historia Clínica la fracción de eyección a partir de la implantación del proyecto (Objetivo >80%).
- % de peticiones de péptido natriurético justificadas por la clínica a partir de la implantación del proyecto (Objetivo >80%)
- % de pacientes con resultado de péptido natriurético elevado a los que se han realizado ecocardiografías en el año en curso. (Objetivo >80%)
- % de pacientes crónico complejos con diagnóstico de insuficiencia cardiaca crónica en los que consta la cumplimentación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca al menos una vez al año. (Objetivo >80%)
- Tasa de hospitalización por insuficiencia cardiaca (Objetivo: Reducción)

DURACIÓN

- Abril - Julio: Redacción del protocolo
- Septiembre: Formación a los centros
- Febrero 2019: evaluación de primeros resultados.

El proyecto tendrá una duración plurianual sujeta a la evolución de la implantación del proyecto y de los resultados

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 - 2018/0075

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE MARIA TURON ALCAINE
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARTAJONA RODRIGO ESTER
SALAS ALCANTARA MARIA
ORDONEZ FERRER MARIA DEL MAR
FERRANDO AZNAR CLARA
ALCAINE CHAURE FERNANDO
PEREZ DEL SALVADOR ANA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado sesiones formativas en el hospital y una sesión de formación de formadores en Atención Primaria, colgando el protocolo en la intranet, aunque se han desarrollado con el año avanzado. Durante el año 2019 nos proponemos llevar sesiones a los centros de salud con el apoyo de ESAD y ejemplos de casos concretos de los centros de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se tienen registros de las sedaciones paliativas efectuadas en el último trimestre en el Hospital de Alcañiz. Han sido 8 pacientes. Aunque en todos ellos constaba información de la autorización por la familia de medidas de confort y limitación del esfuerzo terapéutico, en un 27% (3 pacientes) no se consiguió identificar de forma clara e inequívoca la autorización para la sedación paliativa. En todos los pacientes constaba el síntoma refractario, pero no se encontró registro de inducción (intensidad de la sedación y puntuación escala de Ramsay) en ninguno de los pacientes. Se encontraron registros evolutivos en todos ellos, aunque siguieron faltando la intensidad de la sedación y el registro de la escala de Ramsay en los evolutivos. El 50% de los pacientes padecían un proceso oncológico, en el resto de los casos se trató de insuficiencia renal, cardiaca, respiratoria o causa neurológica. No se han podido obtener registros directos de atención primaria dado que no existe en OMI-AP el diagnóstico de sedación paliativa. A partir de los registros de ESAD se comprueba que se ha realizado sedación en 12 pacientes en el último trimestre. Se comprueba que en el 100% de los casos constaba el registro del consentimiento verbal para la sedación paliativa. En el 75% de los pacientes sedados se identifica con claridad el síntoma refractario, siendo la disnea el más frecuente. No se ha registrado en ningún caso la intensidad de la sedación ni el registro de la escala de Ramsay. El 100% de los pacientes en domicilio fueron sedados mediante fármacos administrados por vía subcutánea, nunca intravenosa. El 25% de ellos en bolus a través de la palomilla SC, y el 75% mediante el uso de los infusores elastoméricos de 5 o de 7 días, de bajo o de alto flujo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto está comenzando a implementarse y debe ser monitorizado y mejorado. Los resultados del primer trimestre van a ser analizados por la comisión de cuidados paliativos para adoptar acciones de mejora o modificaciones en el procedimiento si procede. Se echa de menos una estrategia a nivel servicio aragonés de salud que genere registros informáticos y facilite el registro y evaluación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/75 ===== ***

Nº de registro: 0075

Título
PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

Autores:
ARTAJONA RODRIGO ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0075

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad no existe procedimiento de sedación paliativa en el paciente terminal en el Sector de Alcañiz. En el ámbito de Atención Primaria, en general se desconocen los métodos de sedación paliativa. Además, dada la controversia legal que ha habido en el pasado reciente, suele pasarse de puntillas sobre este aspecto. En la actualidad, solo ESAD realiza métodos de sedación paliativa en atención primaria en nuestro sector, y los médicos desconocen las pautas de ajuste de la medicación prescrita. Existe amplio espacio de mejora en el cuidado de los pacientes con síntomas refractarios al final de la vida.

En el ámbito del Hospital la no existencia de protocolo creemos que origina variabilidad en la práctica clínica.

RESULTADOS ESPERADOS

Ofrecer sedación paliativa a los pacientes con enfermedad terminal con síntomas refractarios con intenso sufrimiento físico-psíquico con arreglo a un protocolo que incluye la revisión del marco ético y legal aplicable.

MÉTODO

Se ha elaborado un procedimiento de sedación del sector, con instrucciones para atención primaria y especializada. La Unidad de cronicidad, ESAD y Atención Primaria van a proceder a la elaboración de un plan de formación de sector. El procedimiento incluye:

- La identificación del paciente terminal, definición de síntoma refractario, diferenciación entre sedación paliativa y sedación de agonía.
- Consentimiento informado
- Definición del nivel de sedación objetivo
- Protocolo terapéutico propiamente dicho
- Registros específicos

INDICADORES

- % de centros de salud que han recibido formación en sedación paliativa (Objetivo: 100%)
- % de pacientes que han recibido sedación terminal en los que consta registro del consentimiento informado en la historia clínica (Objetivo >95%)
- % de pacientes sedados en los que se identifica de forma inequívoca el síntoma refractario (Objetivo >95%)
- % de pacientes sedados en los que consta la cumplimentación del registro de inducción (objetivo >95%)
- % de familiares satisfechos/muy satisfechos con la sedación (Objetivo > 80%)

DURACIÓN

El protocolo ya ha sido elaborado
Marzo-Mayo: Difusión del protocolo
Enero 2019. Evaluación

OBSERVACIONES

A la hora de evaluar indicadores surgen muchas dudas sobre su factibilidad en Atención Primaria, partiendo del hándicap de la identificación de pacientes con sedación paliativa dado que no existe registro específico en Historia Clínica electrónica. Tampoco vamos a poder incluir los registros en OMI-AP por lo que tendrán que ser en papel. Para la evaluación elaboraremos una búsqueda de pacientes con diagnóstico de paciente terminal (A99) investigando el registro de sedación paliativa en campo texto, para proceder después a auditar las historias clínicas de papel. Con este método tenemos una importante incertidumbre sobre la viabilidad de la obtención de indicadores fiables. Vamos a proponer un listado de pacientes con sedación paliativa en cada centro de salud. En el hospital de realizará registro específico.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1412

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN SANGRIAS TERAPEUTICAS O FLEBOSTOMIA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE SARA ARENZANA GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AYORA RUBIO RAQUEL
ORTIZ MILLAN PILAR
ABAS VILA VICTORIA
VALLES CASES SARA
TRALLERO GASCO NIEVES
ABAD CATALAN PILAR
ALCAÑIZ FERRER RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se ha realizado un proyecto de realización de sangrías terapéuticas en Atención Primaria.
-Se ha realizado un poster y una presentación en pwp para ser impartido en los diferentes centros de salud del sector de Alcañiz.
-Se ha realizado un video explicativo del procedimiento para ser colgado en la intranet.
-Próximamente vamos a visitar los centros de salud y a difundir los materiales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha elaborado todo el material pero no se ha comenzado con la difusión en los centros, por lo que no hemos podido medir el indicador. Hemos medido el número de sangrías del año 2018 que han sido 58. A lo largo del 2019 veremos si nuestra intervención ha reducido el número de sangrías terapéuticas en el hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Por el momento la principal dificultad es la coordinación con Atención Primaria ya que la dispersión de los centros obliga a desplazamientos en horario de trabajo, lo que ha retrasado nuestro proyecto que concluirá con la implantación y medición de resultados en 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1412 ===== ***

Nº de registro: 1412

Título
PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN SANGRIAS TERAPEUTICAS O FLEBOTOMIAS

Autores:
ARENZANA GARCIA SARA, AYORA RUBIO RAQUEL, ORTIZ MILLAN PILAR, ABAS VILA VICTORIA, VALLES CASES SARA, TRALLERO GASCON NIEVES, ABAD CATALAN PILAR, ALCAÑIZ FERRER RAQUEL

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 .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la calidad asistencial

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La sangría terapéutica o flebotomía es un tratamiento médico encaminado a resolver diferentes enfermedades hematológicas. Es una técnica sencilla y segura realizada por personal de Enfermería y sobre dicho personal recae la responsabilidad de la vigilancia y el bienestar del paciente mientras dura el tratamiento, por todo ello es imprescindible contar con un procedimiento enfermero detallado en nuestra unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1412

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN SANGRIAS TERAPEUTICAS O FLEBOSTOMIA

RESULTADOS ESPERADOS

- Realización de un procedimiento enfermero para sangrías terapéuticas o flebotomías en el servicio de extracciones del Hospital de Alcañiz.
- Recomendaciones generales al paciente.

MÉTODO

Revisión bibliográfica y puesta en común para la realización de sangrías terapéuticas en nuestra unidad

INDICADORES

Realización del procedimiento enfermero en la realización de sangrías terapéuticas
Satisfacción del paciente/usuario y personal del servicio de extracciones

DURACIÓN

De septiembre a Diciembre de 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 - 2018/1413

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES PORTADORES DE CATETER VENOSO CENTRAL DE LARGA DURACION (HICKMAN)

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL AYORA RUBIO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTIZ MILLAN PILAR
ARENZANA GARCIA SARA
ABAS VILA VICTORIA
VALLES CASES SARA
TRALLERO GASCO NIEVES
ABAD CATALAN PILAR
ALCAÑIZ FERRER RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha realizado un procedimiento de cuidados de enfermería a pacientes portadores de catéter venoso central de larga duración en Atención Primaria
- Se ha realizado un póster y una presentación en pwp para ser impartido en los diferentes centros del sector
- Se ha realizado un vídeo explicativo del procedimiento para ser colgado en la intranet
- Próximamente vamos a visitar los centros de salud y a difundir los materiales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha elaborado todo el material, pero no se han comenzado con la difusión en los centros. En el momento actual a ningún paciente se le están limpiando el catéter y heparinizando en atención primaria. A lo largo del 2019 monitorizaremos los pacientes a los que se les realiza la heparinización en su centro de salud, al margen de que podamos realizar esta actividad cuando vienen a las visitas en el hospital. (INDICADOR: % pacientes en los que se realiza limpieza y heparinización del catéter Hickman en Atención Primaria)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Por el momento la principal dificultad es la coordinación con atención primaria ya que la dispersión de los centros obliga a desplazamientos en horario de trabajo, lo que ha retrasado nuestro proyecto que concluirá con la implantación y medición de resultados en 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1413 ===== ***

Nº de registro: 1413

Título
PROCEDIMIENTO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES PORTADORES DE CATETER VENOSO CENTRAL DE LARGA DURACION (HICKMAN)

Autores:
AYORA RUBIO RAQUEL, ARENZANA GARCIA SARA, ORTIZ MILLAN PILAR, ABAS VILA VICTORIA, VALLES CASES SARA, TRALLERO GASCON NIEVES, ABAD CATALAN PILAR, ALCAÑIZ FERRER RAQUEL

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Informar al paciente/usuario y profesional enfermero sobre el mantenimiento adecuado de catéter Hickman

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1413

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES PORTADORES DE CATETER VENOSO CENTRAL DE LARGA DURACION (HICKMAN)

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Necesidad de realización de un procedimiento estandarizado en cuidados enfermeros a pacientes portadores de catéter venoso central de larga duración (HICKMAN)

RESULTADOS ESPERADOS

Realización de procedimiento enfermero
Información del procedimiento al paciente/usuario
Información del procedimiento al personal de enfermería de atención primaria del Sector de Alcañiz

MÉTODO

Revisión bibliográfica y puesta en común para consensuar un procedimiento en nuestra unidad
Informar al personal de enfermería de atención primaria del sector de Alcañiz

INDICADORES

Realización del procedimiento enfermero

DURACIÓN

De Septiembre a Diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0356

1. TÍTULO

ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA Y DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ALFONSO CAY DIARTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCARTIN GARCIA ESTRELLA
MARCO CANO JOSE LUIS
VILLARROYA MARTINEZ MARTA
MARTINEZ MOLINER ROCIO
SIMON PORTERO SARA
ZORRAQUINO PINA ESTEFANIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha desarrollado el protocolo de cáncer de mama y de citología cervicovaginal. Se han elaborado 42 procedimientos y 30 formatos bajo la supervisión de ICESA. Se ha contactado con los servicios implicados en la obtención y transporte de muestras y el resto de grupos de interés (cirugía, radiología y ginecología), para la revisión de los documentos que les afectan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha establecido y documentado el proceso y se han elaborado los siguientes indicadores:

1.1. Indicadores desde Contrato de Gestión
1.1.1. Tiempo de respuesta / nº patólogos
1.1.2. Tiempo de respuesta / volumen
1.1.3. Tiempo de respuesta / nº TEAPs
1.1.4. Tiempo de respuesta en muestras de Acreditación
1.1.5. Volumen de muestras por patólogo1.2. Indicadores desde PatWin
1.2. Indicadores desde PatWin
1.2.1. Volumen de intraoperatorias
1.3. Indicadores desde Incidencias en PatWin
1.3.1. Incidencia en recepción por información inadecuada (PREANALÍTICA)
1.3.2. Incidencia en procesado por montaje inadecuado (ANALÍTICA)
1.3.3. Incidencia en elaboración de informes y archivo (POSTANALÍTICA).
1.3.4. Incidencias en almacén (SPORTE)
1.3.5. Incidencia en visualización de informes cerrados en Hª Clínica Electrónica (SOPORTE)1.4. Indicadores desde Calidad del diagnóstico e impacto sobre pacientes (PatWin)
1.4.1. Controles de Calidad Internos (Revisión de diagnósticos)1.4.2. Correlación de intraoperatoria - Pieza
1.4.3. HPV - Citología.
1.4.4. Biopsia - Pieza.
1.4.5. Citología / PAAF - Biopsia.
1.4.6. Control de calidad Externo (Intercomparativos)
1.4.7. Controles de calidad externa de técnicas IHQs y de calidad en diagnóstico en patología quirúrgica, citopatología y citología ginecológica de a SEAP.
En estos momentos estamos en fase de implementación tras lo que vamos a comenzar con las primeras mediciones y finalmente pasaremos la auditoria de acreditación según norma ISO 15189 cuando establezca el Servicio Aragonés de Salud. El objetivo final del proyecto, es decir, la acreditación de la prueba se conseguirá en este momento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actitud del equipo es de total implicación consiguiendo la implantación de los procedimientos así como la cumplimentación de registros imprescindibles para conseguir la trazabilidad y la calidad de los procesos .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/356 ===== ***

Nº de registro: 0356

Título
ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA Y DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL CANCER DE MAMA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0356

1. TÍTULO

ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA Y DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL

CAY DIARTE ALFONSO, SIMON PORTERO SARA, ESCARTIN GARCIA MARIA ESTRELLA, MARCO CANO JOSE LUIS, VILLARROYA MARTINEZ MARTA, MARTINEZ MOLINER ROCIO, ARIAS MUÑOZ VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Necesidad del Servicio de A. Patológica de recuperar la acreditación según la norma ISO 15189 ya alcanzada con anterioridad en citología cervicovaginal y citología genera y suspendida por falta de personal facultativo. En principio se va a aprovechar el apoyo de ICSA dentro del contrato realizado por la central de compras con Agilent, para intentar acreditar el cáncer de mama y la citología cervicovaginal, en paralelo con ptros laboratorios de A. Patológica del Servicio Aragonés de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera conseguir la trazabilidad y calidad en los alcances a acreditar con el fin proporcionar a los clínicos la información necesaria para aplicar el tratamiento más adecuado y una valoración pronóstica y predictiva.

MÉTODO

Contacto personal con los servicios implicados en la obtención y transporte de las muestras así como con aquellos que aunque no están directamente relacionados con la obtención de las muestras, sí que los están con el tratamiento. Para ello es fundamental la participación activa en el Comité de Cáncer de Mama y con el Servicio de Ginecología y Microbiología. En principio los recursos utilizados tanto personales como materiales serán los que ya dispone nuestro Servicio con la posibilidad nuestro servicio.

INDICADORES

Los indicadores están pendientes de evaluación y serán los mismos que se planteen para el resto de Servicios del Salud.

DURACIÓN

Todavía no hay una fecha prevista para el inicio y finalización del proyecto. Pendentes de reunión con la entidad de apoyo ICSA.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0356

1. TÍTULO

ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ALFONSO CAY DIARTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ZORRAQUINO PINA ESTEFANIA
SIMON PORTERO SARA
ESCARTIN GARCIA ESTRELLA
MARCO CANO JOSE LUIS
VILLARROYA MARTINEZ MARTA
MARTINEZ MOLINER ROCIO
ARIAS MUNOZ VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha asistido a distintas actividades de formación impartidas por ICSA.
- Se han elaborado 29 procedimientos y formatos de Nivel II y III.
- Se ha dado difusión a través de Intranet Salud Aragón
- Se ha realizado una Auditoría interna y una Externa (ENAC).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Satisfactorios ya que se ha conseguido la acreditación ENAC según la Norma 15189

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo considerará que se ha conseguido una mejora en la estandarización y homogeneización, control de calidad de los resultados y aseguramiento de la mejora de estos mediante la participación en controles de calidad externos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/356 ===== ***

Nº de registro: 0356

Título
ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA Y DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL CANCER DE MAMA

Autores:
CAY DIARTE ALFONSO, SIMON PORTERO SARA, ESCARTIN GARCIA MARIA ESTRELLA, MARCO CANO JOSE LUIS, VILLARROYA MARTINEZ MARTA, MARTINEZ MOLINER ROCIO, ARIAS MUÑOZ VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Necesidad del Servicio de A. Patológica de recuperar la acreditación según la norma ISO 15189 ya alcanzada con anterioridad en citología cervicovaginal y citología genera y suspendida por falta de personal facultativo. En principio se va a aprovechar el apoyo de ICSA dentro del contrato realizado por la central de compras con Agilent, para intentar acreditar el cáncer de mama y la citología cervicovaginal, en paralelo con ptros laboratorios de A. Patológica del Servicio Aragonés de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0356

1. TÍTULO

ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA

Se espera conseguir la trazabilidad y calidad en los alcances a acreditar con el fin proporcionar a los clínicos la información necesaria para aplicar el tratamiento más adecuado y una valoración pronóstica y predictiva.

MÉTODO

Contacto personal con los servicios implicados en la obtención y transporte de las muestras así como con aquellos que aunque no están directamente relacionados con la obtención de las muestras, sí que los están con el tratamiento.

Para ello es fundamental la participación activa en el Comité de Cáncer de Mama y con el Servicio de Ginecología y Microbiología.

En principio los recursos utilizados tanto personales como materiales serán los que ya dispone nuestro Servicio con la posibilidad nuestro servicio.

INDICADORES

Los indicadores están pendientes de evaluación y serán los mismos que se planteen para el resto de Servicios del Salud.

DURACIÓN

Todavía no hay una fecha prevista para el inicio y finalización del proyecto. Pendientes de reunión con la entidad de apoyo ICESA.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0265

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE PREHABILITACION DENTRO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL PARA CIRUGIA ELECTIVA DE NEOPLASIA COLORRECTAL

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA CALDERON AGUIRRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALBENDEA CALLEJAS CARLOS
MURILLO PINA RAQUEL
MONTON MILLAN ELISA
CARLUCCIO MARIA CRISTINA
MARIN ABAD TERESA
GARAFULLA GARCIA JESUS
BONA GRACIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

· Una vez fijados los objetivos a alcanzar por el Servicio de Anestesia y Reanimación con respecto a la realización de una práctica clínica perioperatoria segura amparada en la Medicina Basada en la evidencia se decide poner en funcionamiento en el hospital de Alcañiz los programas de recuperación intensificada para cirugía electiva de neoplasia colorrectal. Para ello y teniendo como referente al Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapia del dolor del Hospital Clínico Lozano Blesa, se decide adaptar el Proceso de Prehabilitación Anestésica en dichos programas a las condiciones presentes en el Hospital de Alcañiz.

Para ello se obtuvieron los Protocolos ya existentes basados en la Vía Clínica de Recuperación Intensificada en cirugía abdominal (RICA) y los modelos para la evaluación y valoración del paciente en la consulta de anestesia. A partir de este momento se hace imprescindible implementar la consulta de prehabilitación debido al diferente abordaje que requieren estos pacientes.

· Se realiza una primera reunión con el Servicio de Cirugía para dar a conocer el proyecto de implementación del programa de Recuperación Intensificada a la vez que se solicita la participación de alguno de sus miembros en el mismo.

· Se realizan sucesivas reuniones con Endocrinología y los servicios de Rehabilitación y Salud mental para invitarlos a formar parte del proyecto, escuchar sus propuestas y definir las líneas de actuación.

· Se gestiona con el servicio de Farmacia el pedido de los batidos que serán prescritos a los pacientes para mejorar su estado nutricional previo y posterior a la cirugía y la forma en que se realizará su entrega

· Se involucra a servicio de Hematología para utilizar el programa de anemia perioperatoria para el tratamiento con hierro y epo en hospital de día el mismo día de la consulta a los pacientes portadores de anemia.

· Se solicita a Suministros el pedido a imprenta de los trípticos a color que se entregarán a cada paciente en la consulta con la información general de la prehabilitación y sus objetivos

· Se decide con la supervisora de consultas el día y hora de la misma determinándose que se realizará los días lunes a las 12,00hs

· Se gestiona el material necesario que será utilizado en la consulta: tallímetro, báscula, tensiómetro, cronómetro, papelería

· Se solicita al servicio de Mantenimiento el marcaje del suelo de los pasillos de consulta y de pruebas funcionales para la realización del test de los 6 minutos.

· Se solicita al servicio de Informática la colocación de los programas DPE y DPA en el ordenador de la consulta para la entrega de batidos y el envío a hospital de día a los pacientes que lo requieran.

· Se procede a realizar copias de todos los documentos que se utilizarán en la consulta (se adjuntan)

· Se da inicio a la consulta el día 12 de Noviembre de 2018. La misma se estructura de la siguiente manera:

1ra. Consulta: el paciente es derivado desde la consulta de cirugía cuando se decide la intervención

2da. Consulta: previa a la cirugía. La fecha de realización la decide el anestesista en la primera consulta según la fecha probable de cirugía o a la semana siguiente de la primera si no se conoce dicha fecha

3ra. Consulta: El paciente en la primera consulta recibe un P10 en donde se solicita pedir nueva cita a anestesia 30 días posteriores al alta quirúrgica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta el momento se han visto en la consulta 11 pacientes de los cuales 6 han completado la prehabilitación. Estas cifras bajas en realidad se deben al poco tiempo que lleva desarrollado el proyecto sumado a un hecho no previsto que fueron los tres lunes festivos acaecidos en el mes de diciembre de 2018 y que obligaron a ver pacientes fuera del circuito, como así también no poder realizar la 2da consulta a los pacientes que ya habían sido vistos.

Este inconveniente descrito en el apartado anterior será un tema a resolver positivamente cuando se presente una situación similar.

Los resultados finales de este proyecto al cabo de un año de su recorrido serán presentados en la memoria de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La falta de motivación aunada a la resistencia al cambio son obstáculos que impiden el avance y promueven el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0265

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE PREHABILITACION DENTRO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL PARA CIRUGIA ELECTIVA DE NEOPLASIA COLORRECTAL

estancamiento en las viejas concepciones y prácticas.

Con este proyecto se ha podido observar que cuando se ofrece tanto al personal involucrado como al mismo paciente nuevas opciones de trabajo y de terapias, éstas son bien recibidas.

Queda aún conseguir una mejor complementación entre los facultativos de las diferentes especialidades intervinientes debido al poco tiempo que lleva implementada esta consulta

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/265 ===== ***

Nº de registro: 0265

Título
IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE PREHABILITACION DENTRO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL PARA CIRUGIA ELECTIVA DE NEOPLASIA COLORRECTAL

Autores:
CALDERON AGUIRRE PATRICIA, ALBENDEA CALLEJA CARLOS, MURILLO PINA RAQUEL, MONTON MILLAN ELISA, CARLUCCIO CRISTINA, MARIN ABAD TERESA, GARAFULLA GARCIA JESUS, GRAÑENA MUNIENTE EMILIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los Programas de Rehabilitación Multimodal/Recuperación Intensificada incluyen medidas y estrategias aplicadas a los períodos preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio de la cirugía abdominal electiva. En la actualidad la valoración preanestésica del paciente con neoplasia de colon no se diferencia de la valoración habitual para cualquier otro tipo de cirugía mayor.

Esta nueva modalidad, surgida en el año 2000 con el cirujano Henrik Kehlet y justificada a lo largo del tiempo por la evidencia científica, otorga al Anestesiólogo una importancia relevante en la valoración de la capacidad funcional, el estado nutricional y el estado cognitivo previos (prehabilitación trimodal) del paciente, actuando sobre ellos con la colaboración de los facultativos que corresponda y con la finalidad de llegar en un estado óptimo a la cirugía.

La importancia del proyecto radica en conformar previamente con las especialidades involucradas (endocrinología-salud mental-rehabilitación-cirugía y enfermería) un grupo multidisciplinario, no existente hasta el momento, para la implantación de la Vía clínica de recuperación intensificada en cirugía abdominal (Vía RICA) a la altura de las características de nuestro hospital

RESULTADOS ESPERADOS

- Implementar la Consulta de Prehabilitación Anestésica para pacientes adultos que van a ser intervenidos de neoplasia colorrectal en modo electivo
- Conseguir una mayor optimización preoperatoria
- Disminuir las complicaciones postoperatorias
- Reducir la estancia hospitalaria
- Mejorar la morbilidad y mortalidad
- Conseguir que el paciente y su familia se impliquen desde el momento del diagnóstico en este proceso

MÉTODO

- Reuniones previas con los servicios involucrados: endocrinología, salud mental, rehabilitación y enfermería
- Reuniones con servicio de Farmacia y Dirección para la prescripción de suplementos nutricionales
- Solicitar a Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Gerencia un espacio físico y enfermería para la nueva consulta
- Una vez obtenida la indicación quirúrgica los pacientes serán vistos en la consulta donde se les realizará la valoración preanestésica habitual, así como una evaluación de su capacidad funcional (test de la marcha de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0265

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE PREHABILITACION DENTRO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL PARA CIRUGIA ELECTIVA DE NEOPLASIA COLORRECTAL

- los 6 minutos-6MWT), su estado nutricional (instrumento de cribado MUST) y su estado cognitivo (escala HADS)
- e) Tras esa valoración se realizarán indicaciones tales como: ejercicios aeróbicos adaptados a su situación funcional y socio-familiar, complementos nutricionales específicos y apoyo psicológico
 - f) Se realizará una segunda consulta previa a la cirugía para evaluar la mejoría obtenida y remarcar las pautas a seguir hasta la intervención
 - g) Un mes posterior a la cirugía se verá nuevamente al paciente para valorar el grado de recuperación postoperatoria
 - h) Se creará una base de datos con el fin de registrar los pacientes valorados en la consulta y recogerlos para estudio
 - i) se evaluarán los resultados mediante el análisis de los indicadores establecidos

INDICADORES

- 1) Porcentaje de pacientes vistos en la consulta de Prehabilitación:
pacientes intervenidos de neoplasia colorrectal electiva vistos en consulta de Prehabilitación*100/total de pacientes intervenidos de neoplasia colorrectal electiva
Fuente: Historia clínica
Estándar: 70%
- 2) Porcentaje de pacientes vistos en consulta de Prehabilitación como parte de la vía RICA:
pacientes intervenidos de neoplasia colorrectal electiva vistos en consulta de Prehabilitación*100/total de pacientes intervenidos de neoplasia colorrectal electiva que cumplen todos los criterios de la Vía RICA
Fuente: Historia Clínica
Estándar: 60%
- 3) Capacidad funcional: distancia recorrida en metros en el 6MWT en tres momentos perioperatorios (M0:basal, M1:previa a cirugía, M2: al mes de cirugía)
b-a: b distancia recorrida en M1; a distancia recorrida en M0
c-a: c distancia recorrida en M2 ; a distancia recorrida en M0
Fuente: base de datos creada para tal fin
Estándar: distancia recorrida en M1 20-40 metros superior a la distancia recorrida en M0 y distancia recorrida en M2 10-20 metros superior a M0
- 4) estancia media hospitalaria: Ingreso hospitalario en días
Fuente: Historia Clínica
Estándar: reducción de la estancia media en 1-2 días

DURACIÓN

- + Duración del proyecto: 1 de Abril de 2018 a 1 de Abril de 2019
- + Durante los meses de Abril y Mayo se llevarán a cabo todas las reuniones previstas en el punto 6. +Dejar establecido el material informativo que se manejará y/o entregará en la consulta.+Establecer lugar y horario de la consulta.+Acordar el gasto/consumo de los suplementos nutricionales con farmacia y Gestión.
- + A partir de Junio si las acciones preliminares están resueltas se comenzará con la consulta

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0374

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE REUNIONES INFORMATIVAS DE ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO Y OBTENCION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE ATENCION INTEGRAL A LA GESTANTE

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA CRISTINA CARLUCCIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARAFULLA GARCIA JESUS
CALDERON AGUIRRE PATRICIA
MONTON MILLAN ELISA
GRAÑENA MUNIENTE EMILIO
BONA GRACIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La analgesia epidural constituye sin duda hoy en día la técnica de elección para el control del dolor durante el trabajo de parto. Las pacientes embarazadas de nuestro sector reciben una información genérica sobre la analgesia epidural en atención primaria por parte de las matronas. El consentimiento informado para la analgesia epidural se suele entregar a las pacientes gestantes en la semana 35 en la consulta de Ginecología, sin poderle explicar exhaustivamente la técnica por parte de un Anestesiólogo y así aclarar los riesgos, beneficios y eventuales dudas. La obtención del consentimiento informado firmado (válido para la realización de dicha técnica), se obtiene actualmente en la sala de dilatación, en condiciones de sufrimiento y poca receptividad por parte de las mujeres. Además la presencia de una población multiétnica en nuestro Sector nos hace cada vez más dificultosa la comunicación con las pacientes necesitando la traducción de dicho consentimiento en el momento de realización de la técnica. La importancia del proyecto se basa en la posibilidad de ofrecer a las mujeres embarazadas de nuestro Sector de acudir a reuniones informativas sobre la técnica de analgesia epidural para el parto y así explicar los riesgos y beneficios de la técnica y poder contestar las dudas y preguntas que puedan surgir antes de firmar el consentimiento informado en varios idiomas que será entregado por parte de un Especialista en Anestesiología. Durante los meses de abril-mayo 2018 se realizaron:

Carta y correo informativo a las matronas del hospital y de los principales centros de Salud de la Comarca: (Anexo I) como Alcañiz e Híjar, Caspe y Maella, Andorra, Alcorisa y Muniesa, Valderrobres, Calanda y a las matronas de la consulta de Ginecología.

Información escrita a los Ginecólogos de le la finalidad del proyecto de mejora insistiendo en su colaboración y explicando los riesgos de analgesia epidural y ofreciendo respuesta para eventuales dudas que pudieran surgir en la consulta de Ginecología.

Realización de un díptico explicativo para repartir a las gestantes a partir de la semana 20 (Anexo II)

Realización de una Lámina (Anexo III) para anunciar las reuniones explicativas para colgar en la consulta de las matronas de los varios Centros de Salud.

Obtención sala de reuniones en el centro de salud viejo de Alcañiz 3ª planta

- Sala de actos para implementación reuniones informativas a las mujeres embarazadas
- Proyector y material audiovisual para la realización de las sesiones informativas
- Consentimiento informado para analgesia epidural en varios idiomas para entregar a las mujeres gestantes
- Registro de asistencia para apuntar el número de pacientes que asisten a cada sesión

A partir del mes de Noviembre 2018 se realizaron las reuniones informativas a las mujeres embarazadas con una cadencia quincenal hasta la fecha actual y siguiendo una programación anual para cubrir todo el año 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dado que el proyecto está recién iniciado y continuará en 2019, solo podemos presentar un resultado parcial del 1er. indicador de asistencia que asciende a 38 mujeres embarazadas que acudieron a las reuniones informativas para la analgesia epidural realizadas desde el mes de Noviembre de 2018 hasta el mes Febrero de 2019. Asimismo, y por la misma razón el 2do. indicador (ratio entre mujeres que asistieron a las reuniones/mujeres que solicitaron la epidural) será presentado en su totalidad en la siguiente memoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto de mejora elaborado por parte de nuestro Servicio ha sido sin duda de vital importancia y constituye un gran cambio en la información exhaustiva que hemos podido ofrecer a las mujeres gestantes de nuestro Sector sobre la técnica analgésica de excelencia para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0374

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE REUNIONES INFORMATIVAS DE ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO Y OBTENCION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE ATENCION INTEGRAL A LA GESTANTE

De esta forma las mujeres han podido recibir toda la información necesaria para entender la técnica, sus riesgos y beneficios, y poder expresar las dudas y preguntas que han surgido durante estas reuniones informativas. Al finalizar una proyección audiovisual y responder a todas las preguntas y dudas, las pacientes embarazadas e interesadas en recibir esta técnica, se han podido llevar a su domicilio el consentimiento escrito de analgesia epidural redactado en varios idiomas que han podido firmar con el tiempo suficiente para reflexionar sobre la técnica. Todo esto intentando mejorar la calidad de la información de la analgesia epidural para el trabajo de parto y alcanzando una mayor atención integral a las mujeres gestantes de nuestro Sector. Es nuestra recomendación seguir en esta línea de mejora y potenciar este proyecto con el fin de mejorar nuestro trabajo y aumentar la satisfacción de las pacientes atendidas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/374 ===== ***

Nº de registro: 0374

Título
IMPLEMENTACION DE REUNIONES INFORMATIVAS DE ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO Y OBTENCION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE ATENCION INTEGRAL A LA GESTANTE

Autores:
CARLUCCIO CRISTINA, GARAFULLA GARCIA JESUS, CALDERON AGUIRRE PATRICIA, MARIN ABAD TERESA, MONTON MILLAN ELISA, GRAÑENA MUNIENTE EMILIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La analgesia epidural constituye sin duda hoy en día la técnica de elección para el control del dolor durante el trabajo de parto. Las pacientes embarazadas de nuestro sector reciben una información genérica sobre la analgesia epidural en atención primaria por parte de las matronas. El consentimiento informado para la analgesia epidural se suele entregar a las pacientes gestantes en la semana 35 en la consulta de Ginecología, sin poderle explicar exhaustivamente la técnica por parte de un Anestesiólogo y así aclarar los riesgos, beneficios y eventuales dudas. La obtención del consentimiento informado firmado (válido para la realización de dicha técnica), se obtiene actualmente en la sala de dilatación, en condiciones de sufrimiento y poca receptividad por parte de las mujeres. Además la presencia de una población multiétnica en nuestro sector nos hace cada vez más dificultosa la comunicación con las pacientes necesitando la traducción de dicho consentimiento en el momento de la realización de la técnica. La importancia del proyecto se basa en la posibilidad de ofrecer a las mujeres gestantes de nuestro sector de acudir a reuniones informativas sobre la técnica de analgesia epidural para el trabajo de parto, así explicar los riesgos y beneficios de la técnica, y poder contestar las dudas y preguntas que puedan surgir antes de firmar el consentimiento informado que será entregado por parte de un Especialista en Anestesiología.

RESULTADOS ESPERADOS
Dada la imposibilidad de poder citar a todas las mujeres gestantes en la consulta de Anestesia se van a realizar unas reuniones informativas periódicas, cada 15 días, para que las pacientes puedan asistir de forma grupal. De esta forma podrán recibir toda la información necesaria para entender la técnica de analgesia epidural, sus riesgos y beneficios, y poder expresar las dudas y preguntas que puedan surgir sobre ella. Al finalizar una proyección audiovisual y responder a todas las preguntas y dudas, las pacientes embarazadas e interesadas en recibir esta técnica, se llevarán a su domicilio el consentimiento escrito de analgesia epidural redactado en varios idiomas, que podrán firmar con el tiempo suficiente para reflexionar sobre la técnica. Todo esto con el fin de mejorar la calidad de la información de la analgesia epidural para el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0374

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE REUNIONES INFORMATIVAS DE ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO Y OBTENCION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE ATENCION INTEGRAL A LA GESTANTE

trabajo de parto y la atención a las mujeres gestantes de nuestro Sector.

MÉTODO

- Reuniones informativas sobre analgesia epidural de forma periódica (quincenales - mensuales)
- Explicación por parte de un Especialista en Anestesia de la técnica, beneficios y riesgos
- Resolución de dudas y temores
- Proporcionar Consentimiento Informado comprensible anticipadamente al trabajo de parto

INDICADORES

- Número de pacientes que asistirán a las sesiones informativas sobre la analgesia epidural
- Ratio entre las mujeres embarazadas que acuden a las reuniones informativas y que solicitan la analgesia epidural/ total de mujeres embarazadas que solicitan analgesia epidural

DURACIÓN

- Abril 2018- Abril 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0392

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA VIA RICA (VIA CLINICA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA ABDOMINAL) EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL DE FORMA ELECTIVA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL MURILLO PINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBENDEA CALLEJAS CARLOS
GASCON FERRER ISABEL
ALMEIDA PONCE HELEN
VERDES SANZ GUAYENTE
BOSQUE LUNA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El principal objetivo del proyecto es implementar la Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (Vía RICA) en pacientes intervenidos de cáncer colorrectal de forma electiva en nuestro hospital.

En los meses iniciales del proyecto, iniciado en mayo de 2018, se llevaron a cabo reuniones desde el Servicio de Anestesia con otros Servicios involucrados en el mismo (Cirugía General, Endocrinología, Rehabilitación, Salud Mental, Enfermería) con varios fines:

1. Crear de una base de datos relativa al proyecto.
Se ha creado una base de datos en la que se han recogido datos retrospectivos de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal de forma electiva en los 6 meses previos al inicio de la consulta de prehabilitación (de mayo a octubre de 2018) con un total de 24 pacientes, y datos prospectivos a partir del inicio de la misma (desde noviembre de 2018), con un total de 6 pacientes hasta la fecha. Se irán añadiendo datos de nuevos pacientes hasta mayo de 2019, completando así los 12 meses del proyecto.

2. Poner en común y revisar los protocolos diseñados por el Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM) para cirugía mayor abdominal electiva así como la Vía RICA y sus recomendaciones.
En todos los pacientes intervenidos de cirugía colorrectal electiva en nuestro hospital se siguen los protocolos de cirugía "Fast-track" aprobados por el GERM.
Al revisar el cumplimiento de los 95 ítems de la Vía RICA en los pacientes intervenidos de mayo a octubre de 2018, 12 recomendaciones no se cumplieron en ningún paciente (números 3, 4, 13, 15, 17, 19, 28, 60, 61, 85, 86, 87). Con los datos completos de los pacientes intervenidos a partir de noviembre de 2018 (incluidos en el programa de prehabilitación), se revisará el grado de cumplimiento de la Vía RICA y se comparará con el grupo previo de pacientes.

3. Integrar un equipo multidisciplinar de profesionales que forme parte del proyecto IMPRICA.
En este momento el equipo está formado y a la espera de recibir indicaciones por parte del GERM para iniciar un curso de formación.

4. Elaborar un protocolo específico para la creación de la consulta de Prehabilitación.
Se ha elaborado el protocolo con la ayuda de los diferentes Servicios involucrados iniciándose la consulta en noviembre de 2018.

5. Controlar el dolor perioperatorio mediante estrategia multimodal y realizar un seguimiento de los pacientes a través de la Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio (UDAP), supeditada al Servicio de Anestesia.
La mayoría de los pacientes intervenidos, tanto antes como después del inicio de la consulta de prehabilitación, han sido controlados por la UDAP mediante una estrategia multimodal y siguiendo las recomendaciones de la Vía RICA.

6. Administrar fluidoterapia intraoperatoria mediante la monitorización del volumen sistólico o variación del volumen sistólico, con el sistema ClearSight
No hemos podido disponer de dicho dispositivo pero si se ha realizado una fluidoterapia guiada por objetivos mediante algoritmos validados y recomendados en la Vía RICA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dado que a fecha de febrero no disponemos de datos prospectivos referentes a 6 meses de proyecto, nuestro objetivo es continuar con la consulta de prehabilitación y la recogida de datos para una vez completados, proceder al análisis de los mismos y evaluar los resultados obtenidos en cada grupo de pacientes así como comparar ambos.

Estos resultados se presentarán en la memoria final de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La elaboración de protocolos y Vías Clínicas supone hoy en día una ayuda a los profesionales para llevar a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0392

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA VIA RICA (VIA CLINICA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA ABDOMINAL) EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL DE FORMA ELECTIVA

cabo actuaciones y cuidados estandarizados, basados en la evidencia científica, que garanticen la práctica clínica mejor y más segura en el ámbito sanitario.

En relación con el tema de este proyecto, la rehabilitación multimodal en la cirugía de cáncer colorrectal electiva, nuestro fin último es seguir trabajando como equipo multidisciplinar en la mayor colaboración posible para asegurar la implementación de los protocolos propuestos y el cumplimiento de todas las recomendaciones de la Vía RICA, consiguiendo así los mejores resultados para el paciente y una mayor eficiencia en nuestra práctica diaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/392 ===== ***

Nº de registro: 0392

Título
IMPLEMENTACION DE LA VIA RICA (VIA CLINICA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA ABDOMINAL) EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL DE FORMA ELECTIVA

Autores:
MURILLO PINA RAQUEL, ALBENDEA CALLEJA CARLOS, GASCON FERRER ISABEL, ALMEIDA PONCE HELEN, AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA, VERDES SANZ GUAYENTE, BOSQUE LUNA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Rehabilitación Multimodal, también conocida como "Fast-track", es un nuevo enfoque de manejo y cuidado del paciente quirúrgico. Supone un conjunto de estrategias basadas en la evidencia científica y llevadas a cabo por un equipo multidisciplinar de profesionales (cirugía, endocrinología, rehabilitación, psicología, enfermería, etc.), diseñadas para que el paciente llegue a la cirugía en las mejores condiciones posibles, tenga el mejor tratamiento posible durante la misma y su recuperación posterior sea la más eficaz. En este sentido, se han desarrollado protocolos que contemplan cuidados pre-, peri- y post-operatorios. El Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM) ha desarrollado una Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (Vía RICA), al amparo del Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad. Esta Vía contiene 95 ítems de práctica segura basados en la evidencia cuyo fin supone la estandarización de los cuidados peri-operatorios en un intento de garantizar la práctica clínica mejor y más segura en el ámbito quirúrgico, la disminución de la variabilidad en la práctica, la consecución de la eficiencia y el ahorro de costes. Este nuevo enfoque, inicialmente implantado en la cirugía colorrectal, ha demostrado un impacto positivo significativo en la calidad asistencial con evidencia de una mejora en la experiencia y satisfacción del paciente, una disminución de complicaciones postoperatorias y una recuperación posterior precoz, con la consecuente reducción de la estancia hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Principal: Implementar los protocolos propuestos por el GERM contenidos en la Vía RICA, en pacientes intervenidos de cáncer colorrectal de forma electiva.

Secundarios:

- Estandarizar los cuidados perioperatorios, sistematizando la práctica clínica segura basada en la evidencia: mejora de la optimización preoperatoria, fluidoterapia guiada por objetivos (FGO), analgesia multimodal, abordaje laparoscópico, movilización temprana.
- Fomentar la formación del personal sanitario implicado en los cuidados perioperatorios del paciente (planta y bloque quirúrgico).
- Mejorar los resultados postoperatorios: estancia hospitalaria y complicaciones postquirúrgicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0392

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA VIA RICA (VIA CLINICA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA ABDOMINAL) EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL DE FORMA ELECTIVA

-Formar parte del proyecto IMPRICA (plan de implementación nacional de la Vía RICA) propuesto por el GERM

MÉTODO

- a) Elaboración de protocolos de cuidados perioperatorios derivados de la Vía RICA, adaptados a nuestro hospital.
- b) Creación de una consulta específica (consulta de prehabilitación) en la que se llevará a cabo una evaluación y optimización funcional, nutricional y cognitiva.
- c) Control del dolor mediante estrategia multimodal y seguimiento del paciente a través de la Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio (UDAP).
- d) Administración de fluidoterapia mediante la monitorización del Volumen Sistólico o Variación de Volumen Sistólico con el sistema ClearSight®.
- e) Creación de una base de datos en la que se recogerán datos retrospectivos de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal en los 6 meses previos al proyecto y datos prospectivos 6 meses después de iniciar el mismo.
- f) Evaluación de los resultados mediante el análisis de los indicadores establecidos.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes incluidos en la Vía. Numerador: pacientes intervenidos bajo la Vía RICA*100; denominador: total de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal electivo. Estándar: 60%. Fuente: Historia clínica y base de datos elaborada.
- Porcentaje de pacientes con dolor en la Escala Visual Analógica (EVA) de 0-4 en el postoperatorio inmediato, a las 24 y 48 h. Numerador: pacientes con dolor controlado*100; denominador: total de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal electivo. Estándar 70%. Fuente: Historia clínica, registro UDAP
- Porcentaje de pacientes con complicaciones postoperatorias según la clasificación Clavien-Dindo I-IV. Numerador: pacientes con complicaciones*100; denominador: total de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal electivo. Estándar: 30%. Fuente: Historia clínica.
- Estancia media hospitalaria en días. Numerador: número total de días de los egresos del periodo X; denominador: número total de egresos en el periodo X. Estándar: 5 días. Fuente: Historia clínica.

DURACIÓN

Duración: de Mayo de 2018 a mayo de 2019.

Durante los meses de mayo y junio se realizarán reuniones entre los Servicios involucrados en el proyecto, se elaborarán conjuntamente protocolos de cuidados perioperatorios derivados de la Vía RICA y adaptados a nuestro hospital, y se llevará a cabo la recogida de datos retrospectivos.

Una vez realizadas estas acciones se iniciará la implantación de los protocolos con la correspondiente recogida de datos prospectivos.

Los responsables serán el coordinador y los colaboradores conjuntamente con los demás profesionales que componen sus correspondientes Servicios.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0791

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA AL PERSONAL DEL SERVICIO DE ATENCION E INFORMACION AL USUARIO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA CLAVERO SORIANO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. ATENCION AL PACIENTE
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Crear el procedimiento de acogida al personal de nueva incorporación al Servicio de Información y Atención al Usuario(en adelante SIAU) del Hospital de Alcañiz con el fin de orientarle en la dinámica de trabajo y organización del mismo.

2. Se ha recogido la información específica de dicho servicio que no está contemplada en los procedimientos de niveles superiores.

2. Hemos creado un listado con los trámites de la Unidad y su desglose.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Este manual pretende ser una guía práctica en la que quedan reflejados los aspectos más importantes que debe conocer un nuevo trabajador del Hospital de Alcañiz en el SIAU, así como instrumento para facilitar su rápida integración en la organización del centro.

Esperamos que con el mismo se contribuya al enriquecimiento profesional y personal de todos los trabajadores de la unidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos ha parecido muy interesante poder añadir en el Manual, los pantalleros de las distintas aplicaciones informáticas, para que sea más sencillo su rápida visualización por parte de las enfermeras que trabajarán en dicho servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/791 ===== ***

Nº de registro: 0791

Título
MANUAL DE ACOGIDA AL PERSONAL DEL SERVICIO DE ATENCION E INFORMACION AL USUARIO

Autores:
CLAVERO SORIANO ANA CRISTINA

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 .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente el Servicio de Atención e Información al Usuario, no dispone de Manual de acogida para el personal de nuevo ingreso en el servicio. Por lo que el personal de la Unidad, está constatemente en formación con personal de nueva contratación.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Crear el Manual de Acogida al nuevo profesional de la Unidad.
2. Detallar los trámites que se llevan a cabo dentro del Servicio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0791

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA AL PERSONAL DEL SERVICIO DE ATENCION E INFORMACION AL USUARIO

MÉTODO

1. Crear un Manual a lo largo del 2018, sobre la acogida al personal de nueva contratación de la Unidad.
2. Crear un listado con los trámites de la Unidad y su desglose.

INDICADORES

1. Realización del Manual de Acogida: si/no.

DURACIÓN

Anual.

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 - 2018/1566

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE CARMEN PABLO BRUNA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ZAKARIYA YOUSEF BREVAL FATIMA
DELGADO PEREZ DOLORES
GRACIA MONTALAR PILAR
GIL MARTINEZ ISABEL
PALLARES LOMBART SILVIA
LAHOZ FOZ AURORA
ARNEDO CENTELLES SANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han cambiado los equipos del laboratorio y la mayor parte de las instrucciones y procedimientos han sido redactadas. Se ha empezado a trabajar con estos equipos en el mes de Diciembre de 2018, por lo que solo podemos presentar resultados provisionales. Queda pendiente terminar los documentos que faltan, implementar la formación en los nuevos procedimientos y cambiar el sistema informático.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% PETICIONES CON PLAZO DE RESPUESTA SUPERIOR A 4 DÍAS. Período de evaluación Diciembre2017-Enero y Febrero de 2018 vs Diciembre 2018 y Enero y Febrero 2019.

	% > 4 DÍAS 2017	% > 4 días 2018	% > 4 días 2019
Diciembre	4.74	3.92	
Enero	3.87	1.93	
Febrero	1.91	0.55	

Consideramos que es muy pronto para evaluar el consumo de tubos que pretendíamos reducir, lo que planteamos para dentro de 6 meses.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hasta la fecha hemos realizado la mayor parte de la documentación pero todavía estamos terminándola con vistas a tenerla concluida en la auditoria interna del mes de Abril, para que sea revalidada por la auditoria externa del mes de Mayo de 2019. Por el momento la introducción de los nuevos equipamientos se ha mostrado útil para reducir el tiempo de respuesta. Dentro de unos meses veremos si ha servido también para reducir costes en tubos de laboratorio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1566 ===== ***

Nº de registro: 1566

Título
OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA

Autores:
PABLO BRUNA MARIA CARMEN, SOLE LLOP ESTHER, REBOLLAR GONZALEZ SORAYA

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: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:-----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1566

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos 2 años venimos observando como nuestro indicador de tiempo de respuesta del laboratorio se está alargando, como consecuencia, fundamentalmente, del aumento de peticiones tanto de extracciones, como de pruebas de laboratorio de nuestros servicios clientes. Además, este aumento tiene como consecuencia el aumento de consumo de tubos de laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reducir el tiempo de respuesta del laboratorio
- Reducir el consumo de tubos de extracción
- Facilitar el trabajo de las enfermeras de extracción

MÉTODO

Se va a proceder al cambio de equipos en el laboratorio, que permiten la reducción de tiempos, requieren de menos tubos de extracción, así como facilitan el alicuotado de las muestras para pruebas externas (que va a ser automatizado), la distribución de muestras y su archivo. Esto va a requerir cambiar todos los procedimientos del laboratorio relacionados con los equipos mencionados, así como implementar un plan de formación a los profesionales relacionados con ellos.

INDICADORES

- Tiempo de respuesta en analíticas inferior a 4 días
- Reducción en el consumo de tubos de extracción respecto a 2017
- Satisfacción del personal de extracciones
- Satisfacción del personal de laboratorio

DURACIÓN

Falta por concretar

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0149

1. TÍTULO

REMODELACION Y ACTUALIZACION DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA TERESA BONO LAMARCA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TOBEÑAS ZAFORAS CRISTINA
CALDU AGUD MARIA DEL CARMEN
FRAGA MILIAN MARI CRUZ
GASCON POLO MARIA PILAR
OLIVER MARIN LAURA
ABIZANDA MARTINEZ MARTA
MAMPEL ROYO NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha modificado el registro de inicio de intervención, registrando el momento de entrada del paciente en el bloque quirúrgico que es cuando se inicia la actividad. Se registra también el inicio de la intervención y la salida del quirófano, lo que nos va a permitir obtener: Índice de ocupación del quirófano (rendimiento bruto y neto), y tiempo de rotación del quirófano.
- La modificación del registro ha permitido incluir todas las nuevas actividades de enfermería, incluyendo las de cirugía mayor ambulatoria que se está implantando en nuestro hospital.
- De acuerdo a las especificaciones del grupo PROA se ha añadido al registro la clasificación del tipo de cirugía (limpia, contaminada,...) para permitir ajustar la antibioterapia necesaria
- Otros registros: Clasificación de posiciones, actualización de la clasificación de tipo anestesia realizada y procedimiento quirúrgico. Registro e de identificación de fármacos utilizados y de procedimientos de enfermería realizados sobre el paciente. Actualizar ítems de la hoja de enfermería que se complementa con el listado de verificación de seguridad quirúrgica complementar hoja de enfermería quirúrgica con la de la sala del despertar.
- Se han unificado tres registros previos en uno solo, eliminando información no relevante.
- Formación a los profesionales de enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha elaborado la hoja buscando el consenso de todos los clientes del quirófano (cirujanos, equipo PROA, dirección, hospitalización, laboratorios...) llegando a la hoja definitiva que se ha estado pilotando sin incidencias por lo que vamos a pasar a la implantación definitiva. Todavía no hemos comenzado a medir los tiempos de quirófano de la forma especificada pero a partir del mes próximo vamos a comenzar a medir los tiempos de forma más precisa que anteriormente con lo que creemos que el rendimiento quirúrgico va a mejorar sustancialmente, ya que la actual medición (comienza la medición con la incisión) no se ajusta la realidad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La labor de consenso ha alargado el tiempo de diseño de la hoja, pero ha merecido la pena porque vamos a poder abarcar las expectativas de todos los grupos de interés, incluida la nueva sección de cirugía ambulatoria de próxima implantación. En el año 2019 vamos a comenzar la implantación en el mes de Febrero con lo que podremos evaluar resultados definitivos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/149 ===== ***

Nº de registro: 0149

Título
REMODELACION Y ACTUALIZACION HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA

Autores:
BONO LAMARCA MARIA TERESA, TOBEÑAS ZAFORAS CRISTINA, CALDU AGUD MARIA CARMEN, FRAGA MILIAN MARI CRUZ, GASCON POLO MARIA PILAR, OLIVER MARIN LAURA, ABIZANDA MARTINEZ MARTA, MAMPEL ROYO NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: H 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 - 2018/0149

1. TÍTULO

REMODELACION Y ACTUALIZACION DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA

Otro Tipo Patología: PATOLOGIA QUIRURGICA
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

DICHO PROYECTO ESTA JUSTIFICADO YA QUE SE HAN DETECTADO FALLOS EN LOS INDICADORES DE HORA QUE NO REFLEJAN LA CETIVIDAD QUIRURGICA REAL. ASI COMO IOROS INDICADORES DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA QUE SE QUEDAN OBSOLETOS DE ACUERDO A LA EVOLUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES QUIRURGICAS REALIZADAS

RESULTADOS ESPERADOS

REGULAR EL SISTEMA DE INDICADOR DE HORARIOS QUE REFLEJEN TIEMPO REAL DE ACTIVIDAD Y TIEMPO DE OCUPACIÓN DE QUIRÓFANOS.
ACTUALIZAR INDICADORES DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA A LA EVOLUCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS
REUNIFICAR TODO TIPO DE ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA REALIZADA AL PACIENTE DENTRO DEL BLOQUE QUIRÚGICO

MÉTODO

ELABORAR UN SISTEMA DE MEJORA DE INDICADOR DE TOMA DE HORARIOS DE OCUPACION DE ACTIVIDAD QUIRURGICA.
ELABORACION DE LISTADO DE CLASIFICACION DE PASICIONES, Y DE IDENTIFICACION DE TIPO DE CIRUGIA(LIMPIA, SUCIA, CONTAMINADA,ETC)
CLASIFICACIÓN DE TIPO ANESTESIA REALIZADA Y PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.
SISTEMA DE IDENTIFICACION DE FARMACOS UTILIZADOS Y DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA REALIZADOS SOBRE EL PACIENTE
ACTUALIZAR ITEMS DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUE SE COMPLEMENTE CON EL LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRURGICA
COMPLEMENTAR HOJA DE ENFERMERÍA QUIRURGICA CON LA DE LA SALA DEL DESPRERTAR

INDICADORES

DISPONIBILIDAD HOJA,FACIL ACCESO
MEJORAS EN EL % DE OCUPACION DE QUIRÓFANO Y ACTIVIDAD QUIRURGICA.
ACCESIBILIDAD Y FACILIDAD DE INDICADORES DE ACTIVIDADES REALIZADAS

DURACIÓN

ENERO 2018--NSTITUCIÓN DEL GRUPO
FEBRERO- JUNIO--ELABORACION DE LA HOJA
JUNIO- NOVIEMBRE--DIFUSION E IMPLANTACIÓN
DICIEMBRE --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 - 2018/0149

1. TÍTULO

REMODELACION Y ACTUALIZACION DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA

Fecha de entrada: 23/01/2020

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.

TOBEÑAS ZAFORAS CRISTINA
CALDU AGUD MARIA DEL CARMEN
FRAGA MILIAN MARI CRUZ
GASCON POLO MARIA PILAR
OLIVER MARIN LAURA
ABIZANDA MARTINEZ MARTA
MAMPEL ROYO NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REMITO EN PRIMER LUGAR A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DE LA MEMORIA INICIAL DEL PROYECTO. MONITORIZACION Y ANALISIS DE TIEMPOS QUIRURGICOS, ANALISIS Y CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS ACTIVIDADES QUIRURGICAS, CLASIFICACION DEL TIPO DE CIRUGIA REALIZADA Y LA POSIBLE MODIFICACION DE LA MISMA SEGUN TIEMPO QUIRURGICO DE LA MISMA. REALIZAR UNA MEJOR CLASIFICACION DE:, PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA, POSICIONES, TIPOS DE ANESTESIA, ETC; DADO QUE LA MODIFICACION DE ALGUNOS ITEMS DE LA HOJA Y LA SUPRESION DE LOS QUE SON INNECESARIOS NOS PERMITEN UNA MONITORIZACION MAS CLARA DE TODOS ELLOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

TRAS LA ELABORACION DE LA HOJA, PROCESO ANALIZADO EN LA ANTERIOR MEMORIA PRESENTADA. HEMOS OBSERVADO, EN EL MUESTREO Y ANALISIS REALIZADO DE LOS DATOS QUE CONTIENE LA HOJA, QUE SE HAN ALCANZADO LOS OBJETIVOS QUE NOS HABIAMOS PROPUESTO.(AUMENTAR EL RENDIMIENTO QUIRURGICO) TODO ELLO AVALADO CON RESULTADOS ESTADISTICOS RECOGIDOS EN LA ANALISIS DE ACTIVIDAD QUE REALIZA CONTROL DE GESTION.

TODO ELLO SE TRANSCRIBE EN UN AUMENTO CONSIDERABLE DEL RENDIMIENTO TOTAL DE QUIROFANOS.: 2019 2018 2017

RQ% TOTAL 70,5% 64,4% 53,6%
RQ% QUIRÓFANO 73,2% 67,0% 56,4%
RQ% mañanas 73,8% 67,2% 56,7%
RQ% tardes 68,3% 54,3% 56,4%
RQ% LOCALES 55,2% 48,8% 37,6%

TAMBIÉN ;AL TENER MEJOR MONITORIZADOS TODOS LOS ITEMS PROPUESTOS Y MEJOR CONTROLADOS LOS TIEMPOS QUIRURGICOS, SE HA LOGRADO AJUSTAR LAS NECESIDADES ANTIBIOTICAS QUE CONTROLAN EL N° DE INFECCIONES QUIRURGICAS, AL MISMO TIEMPO, SE HAN PODIDO CLASIFICAR MEJOR EL TIPO DE CIRUGIA (LIMPIA, LIMPIA-CONTAMINADA, SUCIA,...) DE ACUERDO CON LOS TIEMPOS REALES DE CIRUGIA.(HORA INCISION/HORA CIERRE)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

HA SIDO UN PROCESO LARGO, TANTO LA ELABORACION DE LA HOJA, COMO MUESTREO Y ANALISIS DE LOS DATOS RECOGIDOS. A PESAR DE SER LABORIOSO, HA SIDO MUY GRATIFICANTE EL VER QUE LOS DICHOS DATOS REFLEJAN UNA MEJORA EN EL RENDIMIENTO QUIRURGICO, ASI COMO DE LOS TIEMPOS QUIRURGICOS Y POR LO TANTO DE OCUPACION DE LOS QUIRÓFANOS, ASÍ COMO TAMBIEN DE OTRAS ACTIVIDADES COMO CLASIFICACION DEL TIPO DE CIRUGIAS, ETC.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/149 ===== ***

Nº de registro: 0149

Título
REMODELACION Y ACTUALIZACION HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA

Autores:
BONO LAMARCA MARIA TERESA, TOBEÑAS ZAFORAS CRISTINA, CALDU AGUD MARIA CARMEN, FRAGA MILIAN MARI CRUZ, GASCON POLO MARIA PILAR, OLIVER MARIN LAURA, ABIZANDA MARTINEZ MARTA, MAMPEL ROYO NIEVES

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: PATOLOGIA QUIRURGICA
Línea Estratégica .: Eficiencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0149

1. TÍTULO

REMODELACION Y ACTULIZACION DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

DICHO PROYECTO ESTA JUSTIFICADO YA QUE SE HAN DETECTADO FALLOS EN LOS INDICADORES DE HORA QUE NO REFLEJAN LA ACTIVIDAD QUIRURGICA REAL. ASI COMO IOROS INDICADORES DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA QUE SE QUEDAN OBSOLETOS DE ACUERDO A LA EVOLUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES QUIRURGICAS REALIZADAS

RESULTADOS ESPERADOS

REGULAR EL SISTEMA DE INDICADOR DE HORARIOS QUE REFLEJEN TIEMPO REAL DE ACTIVIDAD Y TIEMPO DE OCUPACIÓN DE QUIRÓFANOS.
ACTUALIZAR INDICADORES DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA A LA EVOLUCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS
REUNIFICAR TODO TIPO DE ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA REALIZADA AL PACIENTE DENTRO DEL BLOQUE QUIRÚGICO

MÉTODO

ELABORAR UN SISTEMA DE MEJORA DE INDICADOR DE TOMA DE HORARIOS DE OCUPACION DE ACTIVIDAD QUIRURGICA.
ELABORACION DE LISTADO DE CLASIFICACION DE PASICIONES, Y DE IDENTIFICACION DE TIPO DE CIRUGIA(LIMPIA, SUCIA, CONTAMINADA, ETC)
CLASIFICACIÓN DE TIPO ANESTESIA REALIZADA Y PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.
SISTEMA DE IDENTIFICACION DE FARMACOS UTILIZADOS Y DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA REALIZADOS SOBRE EL PACIENTE
ACTUALIZAR ITEMS DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUE SE COMPLEMENTE CON EL LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRURGICA
COMPLEMENTAR HOJA DE ENFERMERÍA QUIRURGICA CON LA DE LA SALA DEL DESPREPTAR

INDICADORES

DISPONIBILIDAD HOJA, FACIL ACCESO
MEJORAS EN EL % DE OCUPACION DE QUIRÓFANO Y ACTIVIDAD QUIRURGICA.
ACCESIBILIDAD Y FACILIDAD DE INDICADORES DE ACTIVIDADES REALIZADAS

DURACIÓN

ENERO 2018--NSTITUCIÓN DEL GRUPO
FEBRERO- JUNIO--ELABORACION DE LA HOJA
JUNIO- NOVIEMBRE--DIFUSION E IMPLANTACIÓN
DICIEMBRE --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 - 2018/0233

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS AL ALTA, MEDIANTE ESTRATEGIAS DE INFORMACION AL PACIENTE

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE HELEN ALMEIDA PONCE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ UBIETO FERNANDO
ALBIAC ANDREU MANUEL
GIL BLASCO SILVIA
BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO
GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA
GRACIA ROCHE CARLOS
GASCON FERRER ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el período y transcurrido se han realizado: 1. Reuniones entre los componentes del proyecto para acordar el contenido del material informativo a ser repartido y evaluado. 2. Diseño y revisión de los 5 trípticos piloto propuestos para este proyecto. 3. Diseño y revisión de las bases de datos de evaluación de satisfacción de los pacientes. 4. Diseño y revisión de las bases de datos para la valoración de complicaciones de heridas quirúrgicas en los procedimientos analizados. 5. Definición de los criterios de inclusión y exclusión

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aún no se ha procesado los resultados de las encuestas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La estandarización de las recomendaciones y las mejoras en el formato de las mismas pueden ser claves en la transmisión de la información y por lo tanto en la obtención de mejores resultados. Es nuestra intención probar la información mediante folletos informativos en las indicaciones al alta en nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/233 ===== ***

Nº de registro: 0233

Título
OPTIMIZACION DE LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS AL ALTA, MEDIANTE ESTRATEGIAS DE INFORMACION AL PACIENTE

Autores:
ALMEIDA PONCE HELEN, MARTINEZ UBIETO FERNANDO, ALBIAC ANDREU MANUEL, BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO, GIL BLASCO SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El paciente que es dado de alta tras una intervención quirúrgica, tanto si esta es mayor y precisa anestesia general, como si se trata de un procedimiento ambulatorio, requiere medidas específicas relativas a los cuidados de la herida quirúrgica, analgesia tras el procedimiento y en ocasiones, medidas higiénico dietéticas especiales (dietas específicas, restricciones en la actividad física, etc.) que generan en el paciente dudas y en algunos casos cierta ansiedad.

Habitualmente, tanto cirujanos como enfermeras, proporcionamos de forma verbal y en los distintos informes de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0233

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS AL ALTA, MEDIANTE ESTRATEGIAS DE INFORMACION AL PACIENTE

alta y de continuidad de cuidados, ciertas recomendaciones a propósito de estos cuidados postoperatorios, sin embargo, por factores de difícil análisis, las confusiones y las dudas persisten, lo que ocasiona una sobrecarga innecesaria de los centros de atención primaria para la realización de curas y revisiones. Por otra parte, el cumplimiento inadecuado de las recomendaciones postoperatorias (como la falta del aseo adecuado de la herida, la inmovilización, etc.) es causante frecuente de complicaciones postoperatorias (infecciones de herida, cicatrización tórpida, trombosis venosa, etc.) que pueden ser prevenibles. Ante esta situación, es necesaria la implementación de nuevas vías de transmisión de la información para mejorar el apego a las recomendaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Principal: Brindar información sobre los cuidados postoperatorios en un formato visual (tríptico/díptico)

Secundarios:

- Mejorar el apego a las recomendaciones postquirúrgicas
- Disminuir las complicaciones prevenibles mediante dichas recomendaciones

MÉTODO

- Elaboración de trípticos con la información necesaria para los cuidados postoperatorios según el tipo de intervención realizada:
 - o Cirugía menor.
 - o Hernia inguinal.
 - o Cirugía mayor:
 - ? Evisceración abdominal y cirugía abierta
 - ? Resección de colon laparoscópica
 - ? Colectectomía laparoscópica

INDICADORES

- o Satisfacción del paciente: valorado mediante la elaboración de encuestas estandarizadas en las revisiones postoperatorias al mes de la intervención.
- o Análisis de las complicaciones de la herida quirúrgica derivadas del mal apego a las recomendaciones mediante el interrogatorio durante la revisión y el seguimiento de las consultas a urgencias y atención primaria por motivos relacionados.

DURACIÓN

De mayo 2018 a Mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0299

1. TÍTULO

RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE SILVIA BLASCO GIL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ UBIETO FERNANDO
ALBIAC ANDREU MANUEL
GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA
GASCON FERRER ISABEL
BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO
GRACIA ROCHE CARLOS
ALMEIDA PONCE HELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Por motivos ajenos a los miembros que forman parte de este proyecto no se ha podido iniciar el mismo hasta hace un mes.

Si bien en el momento que presentamos este proyecto disponíamos de la máquina de micropigmentación, problemas burocráticos no nos han permitido desarrollarlo hasta ahora.

La inclusión de la prestación "Reconstrucción del complejo areola pezón mediante micropigmentación" en nuestra cartera de servicios no fue efectiva hasta el 30 de Julio de 2018. Tras lo cual se iniciaron los trámites para pedir los micropigmentos y las agujas necesarias para llevar a cabo esta técnica. Dicho material fue recibido en fecha 22 de Octubre del 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En este tiempo se ha elaborado la siguiente documentación:

- Consentimiento informado de la técnica
- Documento de instrucciones post pigmentación. Documento que se le entrega a las pacientes tras la realización de la micropigmentación e incluye los cuidados que deben llevar a cabo hasta la fecha de revisión, así como un teléfono de contacto con la enfermera que lleva a cabo la técnica.

Se ha realizado la micropigmentación del complejo areola pezón a dos pacientes; una de ellas en diciembre de 2018 y otra en enero de 2019 respectivamente.

SITUACIÓN OBJETIVA A FECHA ACTUAL (Enero 2019)

Nombre del Indicador Valor (resultado cuantitativo) del Indicador

- Número de pacientes micropigmentadas que han presentado complicación tras la técnica/ Número total de pacientes micropigmentadas x 100

- Grado de satisfacción de la paciente

De las dos pacientes a las que se les ha realizado la micropigmentación ninguna ha presentado complicaciones tras la técnica- 0%

Las dos pacientes están satisfechas del resultado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos planteamos como objetivo ofrecer a las pacientes con cáncer de mama un tratamiento integral que les permitiera reducir el impacto en su calidad de vida (física, psicológica y social). Favoreciendo el afrontamiento de la paciente ante el proceso de su enfermedad y mejorando su imagen corporal y por ende su autoestima. Por ello y superados los problemas que tuvimos inicialmente seguiremos adelante con este proyecto que tanto puede beneficiar a nuestras pacientes. El proyecto continuará en 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/299 ===== ***

Nº de registro: 0299

Título
RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

Autores:
BLASCO GIL SILVIA, MARTINEZ UBIETO FERNANDO, ALBIAC ANDREU MANUEL, GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA, GASCON FERRER ISABEL, ALMEIDA PONCE HELEN, BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO, GRACIA ROCHE CARLOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0299

1. TÍTULO

RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) es el organismo especializado en cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los datos que nos ofrece su informe GLOBOCAN 2012, publicado en el año 2014, son los más actualizados a nivel mundial sobre incidencia, prevalencia y mortalidad por los 28 tipos de cáncer más frecuentes de 184 países. Sitúan al cáncer de mama como el más frecuente en mujeres en España (1). Una mujer diagnosticada de una neoplasia maligna de mama no sólo se enfrenta al proceso de superar un cáncer, con todo lo que ello implica, si no que ve afectada su propia condición de mujer por la íntima relación que esta guarda con el pecho. El cáncer de mama puede considerarse como una experiencia vital que genera un fuerte impacto emocional(2).

La detección cada vez más precoz y los avances en las técnicas oncológicas para el tratamiento quirúrgico de este tipo de cáncer, han permitido disminuir las repercusiones psicosociales tras la cirugía al permitir preservar el pecho en muchos de los casos. Sin embargo, quedan cicatrices y no sólo en la piel. En algunos casos no es posible preservar el complejo areola-pezones (CAP) viéndose afectada la imagen de la paciente, y por tanto su autoestima.

Existen diferentes métodos para la reconstrucción del CAP y conseguir así el mejor resultado posible tras la cirugía. Entre ellas, y es la que proponemos en este proyecto, se encuentra el tatuaje del mismo mediante técnica de micropigmentación, por los buenos resultados estéticos que se consiguen, mejores costes frente a otras técnicas y la baja morbilidad de la misma(3).

Becker fue el primer cirujano que introdujo la técnica del tatuaje para la reconstrucción de NAC en 1986 y Spear lo popularizó en los años siguientes. Actualmente, los equipos técnicos ofrecen resultados de alta calidad aunque es probable que se pierda algo de pigmentación a lo largo del tiempo, y es posible que se requieran algunos retoques (4)

La micropigmentación de la areola y el pezón el punto final de la reconstrucción mamaria tras una mastectomía por cáncer de mama. La micropigmentación oncológica, es un tatuaje intradérmico que ayuda a recuperar el aspecto de la areola definitivo tras una reconstrucción mamaria.

El objetivo es la creación de areolas en los casos en los que no se haya podido preservar el CAP de la paciente, camuflar cicatrices postoperatorias, corregir asimetrías entre ambos pechos o, simplemente, dar color. De ese modo conseguimos devolver a la mama reconstruida un aspecto lo más natural posible y conseguir simetría con la mama contralateral, potenciando la autoestima de la paciente. Lo cual le permitirá llevar desde una perspectiva más optimista el duro trance que supone sufrir un cáncer de mama y el tratamiento del mismo.

1. GLOBOCAN 2012. International Agency for Research on Cancer. Disponible en:
<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

2. Sierra García A, Piñero Madrona A, Illana Moreno J. Cirugía de la mama. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid 2006. Aran Ediciones S.L.

3. Goh S.C.J., Martin N.A., Pandya A.N, Cutress R.I. Patient satisfaction following nipple-areolar complex reconstruction and tattooing. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery (2011):64; 360-363

4. Nimboriboonporn, A, Suebwong Ch. "Nipple-Areola complex reconstruction". Gland Surgery 3.1 (2014): 35-42. PMC . Web. 16 de enero de 2018.

RESULTADOS ESPERADOS

Ofrecer a las pacientes con cáncer de mama un tratamiento integral con el objetivo de reducir el impacto en su calidad de vida (física, psicológica y social).

Favorecer el afrontamiento de la paciente ante el proceso de su enfermedad mejorando su imagen corporal y por ende su autoestima.

MÉTODO

Micropigmentación del complejo areola pezón y camuflaje de cicatrices postoperatorias.

INDICADORES

- Número de pacientes intervenidas de cáncer de mama a las que no se les ha podido preservar el CAP/ Número total de pacientes intervenidas de cáncer de mama x 100

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0299

1. TÍTULO

RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

- Número de pacientes a las que se les ha realizado micropigmentación del CAP/ Número de pacientes candidatas a micropigmentación del CAP x 100
- Número de pacientes micropigmentadas que han presentado complicación tras la técnica/ Número total de pacientes micropigmentadas x 100
- Grado de satisfacción de la paciente

DURACIÓN

Técnica que ya se realiza en el servicio y con duración indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0299

1. TÍTULO

RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE SILVIA BLASCO GIL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ UBIETO FERNANDO
ALBIAC ANDREU MANUEL
GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA
GASCON FERRER ISABEL
BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO
GRACIA ROCHE CARLOS
ALMEIDA PONCE HELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

DESDE EL INICIO DE ESTA ACTIVIDAD SE HAN MICROPIGMENTADO UN TOTAL DE 9 PACIENTES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

TODAS LAS PACIENTES HAN QUEDADO SATISFECHAS TRAS LA REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA Y SOLAMENTE UNA DE ELLAS PRESENTÓ SIGNOS DE IRRITACIÓN LEVE QUE CEDIERON CON TRATAMIENTO LOCAL.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA INCLUSIÓN DE ESTA TÉCNICA HA SUPUESTO UNA MEJORA SIGNIFICATIVA EN CUANTO A LA CALIDAD DEL TRATAMIENTO QUE OFRECEMOS A LAS PACIENTES CON CANCER DE MAMA SINO ADEMÁS UNA MEJORA EN LA SATISFACCIÓN DE LAS MISMAS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/299 ===== ***

Nº de registro: 0299

Título
RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

Autores:
BLASCO GIL SILVIA, MARTINEZ UBIETO FERNANDO, ALBIAC ANDREU MANUEL, GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA, GASCON FERRER ISABEL, ALMEIDA PONCE HELEN, BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO, GRACIA ROCHE CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) es el organismo especializado en cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los datos que nos ofrece su informe GLOBOCAN 2012, publicado en el año 2014, son los más actualizados a nivel mundial sobre incidencia, prevalencia y mortalidad por los 28 tipos de cáncer más frecuentes de 184 países. Sitúan al cáncer de mama como el más frecuente en mujeres en España (1). Una mujer diagnosticada de una neoplasia maligna de mama no sólo se enfrenta al proceso de superar un cáncer, con todo lo que ello implica, si no que ve afectada su propia condición de mujer por la íntima relación que esta guarda con el pecho. El cáncer de mama puede considerarse como una experiencia vital que genera un fuerte impacto emocional(2).
La detección cada vez más precoz y los avances en las técnicas oncoplásticas para el tratamiento quirúrgico de este tipo de cáncer, han permitido disminuir las repercusiones psicosociales tras la cirugía al permitir preservar el pecho en muchos de los casos. Sin embargo, quedan cicatrices y no sólo en la piel. En algunos casos no es posible preservar el complejo areola-pezones (CAP) viéndose afectada la imagen de la paciente, y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0299

1. TÍTULO

RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

por tanto su autoestima.

Existen diferentes métodos para la reconstrucción del CAP y conseguir así el mejor resultado posible tras la cirugía. Entre ellas, y es la que proponemos en este proyecto, se encuentra el tatuaje del mismo mediante técnica de micropigmentación, por los buenos resultados estéticos que se consiguen, mejores costes frente a otras técnicas y la baja morbilidad de la misma(3).

Becker fue el primer cirujano que introdujo la técnica del tatuaje para la reconstrucción de NAC en 1986 y Spear lo popularizó en los años siguientes. Actualmente, los equipos técnicos ofrecen resultados de alta calidad aunque es probable que se pierda algo de pigmentación a lo largo del tiempo, y es posible que se requieran algunos retoques (4)

La micropigmentación de la areola y el pezón el punto final de la reconstrucción mamaria tras una mastectomía por cáncer de mama. La micropigmentación oncológica, es un tatuaje intradérmico que ayuda a recuperar el aspecto de la areola definitiva tras una reconstrucción mamaria.

El objetivo es la creación de areolas en los casos en los que no se haya podido preservar el CAP de la paciente, camuflar cicatrices postoperatorias, corregir asimetrías entre ambos pechos o, simplemente, dar color. De ese modo conseguimos devolver a la mama reconstruida un aspecto lo más natural posible y conseguir simetría con la mama contralateral, potenciando la autoestima de la paciente. Lo cual le permitirá llevar desde una perspectiva más optimista el duro trance que supone sufrir un cáncer de mama y el tratamiento del mismo.

1. GLOBOCAN 2012. International Agency for Research on Cancer. Disponible en:

<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

2. Sierra García A, Piñero Madrona A, Illana Moreno J. Cirugía de la mama. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid 2006. Aran Ediciones S.L.

3. Goh S.C.J., Martin N.A., Pandya A.N, Cutress R.I. Patient satisfaction following nipple-areolar complex reconstruction and tattooing. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery (2011):64; 360-363

4. Nimboriboontorn, A, Suebwong Ch. "Nipple-Areola complex reconstruction". Gland Surgery 3.1 (2014): 35-42. PMC . Web. 16 de enero de 2018.

RESULTADOS ESPERADOS

Ofrecer a las pacientes con cáncer de mama un tratamiento integral con el objetivo de reducir el impacto en su calidad de vida (física, psicológica y social).

Favorecer el afrontamiento de la paciente ante el proceso de su enfermedad mejorando su imagen corporal y por ende su autoestima.

MÉTODO

Micropigmentación del complejo areola pezón y camuflaje de cicatrices postoperatorias.

INDICADORES

- Número de pacientes intervenidas de cáncer de mama a las que no se les ha podido preservar el CAP/ Número total de pacientes intervenidas de cáncer de mama x 100

- Número de pacientes a las que se les ha realizado micropigmentación del CAP/ Número de pacientes candidatas a micropigmentación del CAP x 100

- Número de pacientes micropigmentadas que han presentado complicación tras la técnica/ Número total de pacientes micropigmentadas x 100

- Grado de satisfacción de la paciente

DURACIÓN

Técnica que ya se realiza en el servicio y con duración indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0347

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE TORACOCENTESIS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ROSARIO RAMIREZ RODRIGUEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PIQUERAS SERRANO CARMEN NURIA
ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA
GINER VIDAL ALICIA PILAR
MIR ADRIAN MARIA TERESA
FANDOS LORENTE SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de un procedimiento consensuado con todos los servicios implicados: a) estandarización del material a utilizar - carro de punciones- b) gestión del material del carro de punciones c) instrucciones sobre recogida de muestras y su procesamiento d) una vez redactado el procedimiento se implantará en todas las plantas e) redacción de un modelo de consentimiento informado que se presentó en la comisión de historias clínicas del centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En nuestro servicio se entrega el consentimiento a todos los pacientes a los que se realiza la toracocentesis desde Enero 2019.
Se implanta un modelo de check-list de reposición del carro de punciones y una tabla de registro de incidencias relacionadas con el procedimiento y consentimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El carro se monta de forma consensuada con equipo multidisciplinar, se revisan y actualizan las indicaciones de toracocentesis y el manejo de las muestras de forma conjunta con los laboratorios implicados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/347 ===== ***

Nº de registro: 0347

Título
ELABORACION DE UNA GUIA PRACTICA PARA EL PROCEDIMIENTO DE TORACOCENTESIS

Autores:
RAMIREZ RODRIGUEZ ROSARIO, GINER VIDAL ALICIA PILAR, ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA, FANDOS LORENTE SERGIO, SANCHO DEL VAL IGNACIO, PIQUERAS SERRANO CARMEN NURIA, ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, MIR ADRIAN MARIA TERESA

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, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Unificar material necesario, técnica a seguir, correcto procesamiento de muestras para la realización de toracocentesis tanto diagnóstica como evacuadora. Esta técnica la llevan a cabo varios servicios (pneumología, medicina interna, Oncología) utilizando material y adaptando la técnica de forma individual, lo que conlleva en ocasiones a complicaciones en su realización en cuanto a adquisición de material y errores en el envío de muestras.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende con la redacción de una guía consensuada con todos los servicios implicados:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0347

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE TORACOCENTESIS

- 1.estandarizar el material a utilizar
- 2.agilizar la preparación del carro de punciones
- 3.correcta recogida de muestras y procesamiento
- 4.unificar criterios sobre la técnica evacuatoria
- 5.tener una referencia para el personal que se vaya incorporando al trabajo de las plantas
- 6.una vez redactada la guía de toracocentesis se implantaría a nivel de todas las plantas
- 7.Redacción de un modelo de consentimiento informado que se presentará en Comisión.

MÉTODO

se informaría al personal de cada planta, en reunión de sesión sobre el contenido de la guía, fotos, video sobre el procedimiento de toracocentesis y mínimo equipamiento del carro.

INDICADORES

Redacción de un formulario de consentimiento informado sobre la técnica que se debe adjuntar cada vez que se realice una toracocentesis de acuerdo con la guía actual incluyendo fecha y tipo de procedimiento (diagnóstico y/o evacuatoria),

DURACIÓN

Junio 2018 a Junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOSCOLOS EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE ANA MAURAIN VILORIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

APARICIO ARTAL CARLOS
LECINA GALVE FERNANDO
ALSINA PUJOL MONTSERRAT
MATA MARTIN JOSE MARIA
YAYA BEAS MANUEL
IGADO INSA PILAR
ARAGONES VILLANUEVA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un protocolo de atención al paciente que se va a someter a intervención quirúrgica de prótesis total de rodilla por un grupo de trabajo. El protocolo abarca desde la acogida del paciente, medidas de profilaxis antibiótica y antitrombótica así como el protocolo de ahorro de sangre, las instrucciones de la intervención, el procedimiento post operatorio y las pautas de movilización.
El protocolo ha sido finalizado, pero está comenzando a implantarse.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aunque disponemos del protocolo todavía no se tienen resultados dado que llevamos pocos meses de implantación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos empleado casi un año en la elaboración del protocolo, por lo que necesitamos más meses de implantación para llegar a evaluar resultados de forma concluyente. Estamos estudiando la posibilidad de transformarlo en una vía clínica para ajustar la estancia media.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/302 ===== ***

Nº de registro: 0302

Título
PROTOSCOLOS EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
MAURAIN VILORIA ANA, APARICIO ARTAL CARLOS, ALSINA PUJOL MONTSERRAT, YAYA BEAS MANUEL, RUIZ MARISCAL MARIA, ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN, IZQUIERDO SIURANA JOSEFINA, GARCIA LARA ENCARNA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DEL APARATO LOCOMOTOR
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a que la artroplastia total de rodilla es una de las intervenciones más frecuentes que realizamos y que el paciente, tanto por su edad que suele ser avanzada, como por la patología concomitante precisa un tratamiento multidisciplinar, hemos decidido realizar un protocolo que comenzaría con el ingreso del paciente en planta y terminaría con el alta hospitalaria, abordando todos los momentos y posibles complicaciones que se pudieran presentar durante ese periodo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOCOLOS EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera conseguir una disminución de la estancia media y una más rápida detección de posibles complicaciones relacionadas fundamentalmente con su patología concomitante.
La población diana serán todos los pacientes que van a ser sometidos a una prótesis total de rodilla.

MÉTODO

Se programará una reunión con los participantes para definir los objetivos y repartir las distintas tareas, cada una con su correspondiente investigación y acompañada de bibliografía.
Tras esta reunión de inicio, se programarán otras reuniones de revisión de resultados y revisión de borradores, antes de su presentación definitiva.

INDICADORES

Se proponen los siguientes indicadores para evaluar los resultados

- estancia media
- situación funcional al alta
- profilaxis antibiótica
- profilaxis tromboembólica
- protocolo analgesia
- protocolo ahorro de sangre
- reingreso en 30 días

DURACIÓN

La duración de la realización del proyecto será de unos 6 meses.

Una vez que esté aprobado se realizará la primera reunión. y se programará una reunión mensual hasta la fecha de su entrega en el plazo de tiempo previsto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ANA MAURAIN VILORIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

APARICIO ARTAL CARLOS
ALSINA PUJOL MONTSERRAT
YAYA BEAS MANUEL
MATA MARTIN JOSE MARIA
IGADO INSA PILAR
ARAGONES VILLANUEVA CARMEN
IZQUIERDO SIURANA JOSEFINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. INTRODUCCION

Una vez establecido el nuevo protocolo de actuación en los pacientes intervenidos de PTR, vamos a analizar los resultados obtenidos.

Para ello, además de valorar los resultados globales, dividiremos a los pacientes en dos grupos: los que fueron intervenidos en 2015, en los que no se había implantado el protocolo, y los que han sido intervenidos en 2019, en los que éste, ya está totalmente desarrollado. Obviamos los años intermedios por ser periodos en los que alguna cosa se iba implantando pero no en todos los casos ni en todos los pacientes.

POBLACIÓN DIANA

El protocolo se aplicará a todos los pacientes mayores de 18 años, que ingresen de forma programada para tratamiento quirúrgico de su gonartrosis mediante PTR.

2. PAUTAS DE ACTUACION EN EL PACIENTE QUE INGRESA

A su llegada a planta, al paciente se le deberá actualizar la historia clínica que se le realizó en las consultas externas y comprobar que el preoperatorio está completo.

En todos los casos estudiados se ha comprobado la realización completa de todos los pasos. En ambos grupos a estudio

VALORACIÓN POR PARTE DE ENFERMERIA

- Valoración física, social y cognitiva.
- Gráfica de tratamiento (fluido terapia, tratamiento IV y tratamiento oral).

SONDAJE VESICAL

En el grupo de pacientes intervenidos en 2019 ha dejado de ser un proceso protocolizado, y únicamente se aplica en retenciones agudas de orina o necesidad de control estricto de la diuresis.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

Desde el verano de este año 2019, y para mejorar el protocolo de profilaxis antibiótica, que indica que debe ser realizada media hora antes de la intervención, ha dejado de pasarse la antibioterapia IV en la planta, para pasarse con el paciente una vez ha llegado quirófano, y cumplir de esta manera estrictamente con los tiempos indicados.

PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA

Realizada en todos los casos, en los dos grupos de pacientes

PROTOCOLO AHORRO DE SANGRE PREOPERATORIO

Se han cumplido en todos los pacientes intervenidos en 2019 las actuaciones preoperatorias de ahorro de sangre.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOSCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Producto Secuencia
HIERO III SACAROSA 20MG/ML IV A las 21 horas
Acido Fólico 5mg. comp. A las 16 horas
ENOXAPARINA Clexane 40 mg SC A las 22 horas
Lorazepan 1mg. com Si precisa
Omeprazol 20 mg. comp a las 20 horas

3. PROFILAXIS ANTIBIOTICA

PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Cefazolina 2 gr IV 30 minutos antes de la intervención y 1 gr cada 8 horas durante 24 h (total 3 dosis postintervención)

En alérgicos: Clindamicina (Dalacin) 600 mg. IV + Gentamicina 1,5 mg/k IV 30 minutos antes de la intervención y cada 8 horas .

Desde hace varios años, y habiendo pasado diversas revisiones en la Comisión de Infecciones de nuestro hospital, este protocolo sigue siendo válido no solo para nuestro Centro, sino para todos los Servicios de Traumatología de la Comunidad de Aragón.

Sigue haciéndose en todos los pacientes sin excepción, por lo que en este apartado, no hay ninguna variación en nuestros dos grupos de pacientes.

4. PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA

Este apartado también lleva instaurado en el hospital, y en la Comunidad de Aragón mucho tiempo, sin que hasta la actualidad haya motivo para cambiarlo.

En nuestros pacientes, los dos grupos, se ha cumplido en todos, tanto las medidas no farmacológicas, movilización precoz y medias de compresión cuando había problemas previos de retorno venoso en extremidades inferiores, como las medidas farmacológicas:

ENOXAPARINA (Clexane) 40 mg subcutáneos

Comenzar al menos 12 horas antes de la intervención.

Al alta, se mantendrá durante 30 días

En el caso de los pacientes con profilaxis antitrombótica previa: Se ha suspendido su tratamiento habitual 1 semana antes de la intervención, y se ha reemplazado por enoxaparina 40 mg. SC cada 24 h.

5. PROTOCOLO AHORRO DE SANGRE

PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE PARA INTERVENCION DE PTR

- Preoperatorio: Hierro intravenoso: 2 ampollas de Venofer (200mg) intravenosas, en 250cc de suero fisiológico a pasar mínimo en treinta minutos cada 48 horas; en total 3 dosis (calcular déficit y aumentar dosis si precisa).
-Intraoperatorio: Utilización de ácido tranexámico intraarticular. 3 gr/100 ml que serán administrados, la mitad en irrigación tras la colocación de la prótesis y la otra mitad a través del drenaje después de cerrar. El drenaje permanecerá cerrado durante 2 horas.
Postoperatorio: Mantener la volemia con cristaloides y coloides.

Trasfundir concentrados de hematíes en el caso de:
Hb < 8g/dl en paciente previamente sano.
Hb < 9 g/dl en paciente con antecedentes cardiopulmonares.
Hb < 10g/dl en paciente con descompensación cardiopulmonar.

Este protocolo se empezó a instaurar a mediados de 2017, y quedó establecido totalmente desde 2018, por lo que en todos los pacientes en los que médicamente estaba indicado, se ha utilizado ácido tranexámico intraarticular.

En los pacientes intervenidos en 2015, la medida de ahorro de sangre era la colocación de drenajes de recuperación y autotransfusión, que se debía realizar en las 6 primeras horas tras la colocación de la PTR.

En los pacientes del grupo de 2019 en los que estaba contraindicada la administración de ácido tranexámico, se ha recurrido a los recuperadores de sangre.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOSCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

6. CUIDADOS POSTOPERATORIOS

De nuevo, el protocolo que se comenzó a instaurar en 2018, se ha cumplido en todos los pacientes intervenidos a partir de esa fecha.

Producto Secuencia
Glucosalino 500 cada 6 h
Potasio Cloruro 1mEq/ml. Amp 10ml cada 6 h
Furosemida 20 mg IV si precisa
Ondansetron 4mg IV si

Sacado de Farmatools. Protocolo postoperatorio de cirugía protésica.

POSTOPERATORIO

DIA 0:
Oxígeno con gafas a 1-3 litros/minuto para sat. de oxígeno mayor o igual a 94.
Diuresis: mañana-tarde-noche.
Tensión arterial:M-T-N. Si es inferior a 130, NO DAR ANTIHIPERTENSIVOS.
Cursar analítica a las 20 h y dos días después.
Cursar Rx para el día siguiente.
Cursar hoja de colaboración a Rehabilitación.

DIA 1
Sentar en cama.
Iniciar pauta de artromotor.

DIA 2
Si la saturación es < 94%, retirar el oxígeno.
Sentar en silla.
Suspender la fluidoterapia, y dejar la vía obturada.

7. MOVILIZACIÓN Y REHABILITACION

La pauta de artromotor ha comenzado el primer día postoperatorio. El arco de flexo-extensión de inicio de de 0/60 grados. La flexión va aumentando 10 grados cada día, hasta llegar al límite de 110.

Y ha comenzado la sedestación a borde cama o en silla también el primer día postoperatorio si las condiciones del paciente no lo han retrasado.

Se ha realizado así mismo en todos los casos, una colaboración con el servicio de rehabilitación, para valoración del paciente y citación en sus consultas al alta hospitalaria.

8. CRITERIOS DE EVALUACION DEL PROTOCOLO

Estos son los indicadores que se propusieron para valorar de forma directa o indirecta el seguimiento del protocolo.

INDICADORES DE RESULTADO
Estancia media
Mortalidad
Reingreso en 30 días
Situación funcional al alta

INDICADORES DE PROCESO
% de pacientes que reciben profilaxis antibiótica
% de pacientes que reciben profilaxis antitrombótica
% de pacientes que requieren transfusión
% de pacientes con dolor, en la escala EVA
Presencia de complicaciones sistémicas

Los resultados se han recogido en una hoja, que se muestra en el anexo .
En el anexo 2 se muestran los indicadores y sus valores.

Anexo 1. RECOGIDA DE DATOS PTR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Número de historia: Iniciales del paciente:
 Edad: Sexo: Lado: Dcho. Izdo.
 Fumador/a: sí no Bebedor/a: sí no

Enfermedades previas: sí no
 Cardiopatía isquémica Insuficiencia cardiaca
 Diabetes mellitus HTA
 EPOC ACV
 Otras

Toma de anticoagulantes orales: sí no

ASA: I II III IV

Intervención: fecha
 Anestesia: general espinal bloqueo regional
 Protocolo AB: sí no
 Profilaxis antitrombótica: sí no
 Protocolo tranexámico: sí no
 Transfusión: sí no

Prótesis:
 Cementada No cementada Híbrida
 CR LPS CR + polietileno ultracongruente

Complicaciones sistémicas:
 Insuf. renal aguda Infecc. respiratorias/neumonía
 Hemorragia aguda Insuficiencia cardiaca
 IAM Arritmia cardiaca
 TVP TEP
 ACV Ileo paralítico
 Infección urinaria

Complicaciones locales precoces:
 Hemorragia Lesión nerviosa
 Rotura LLI Rotura aparato extensor
 Dehiscencia herida Infección superficial
 Infección profunda

Reintervención durante el ingreso: sí no

Mortalidad: sí no
 En caso afirmativo, días desde el ingreso:

Estancia hospitalaria: días

Situación funcional al alta: camina descarga

Dolor al alta: escala EVA
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Reingreso en los primeros 30 días: sí no
 Causa:

Anexo 2

PESO	Valor acordado (máxima puntuación)	Valor acordado (mínima puntuación)
Estancia media		
Situación funcional al alta	8 días	10 días
Reingreso a los 30	0 pacientes	2 pacientes
% que recibe profilaxis antibiótica	100 %	90 %
% que recibe profilaxis antitrombótica	100 %	90 %
% que requieren transfusión	10 %	40 %
% con dolor en la escala EVA	1	10
Presencia de complicaciones sistémicas	0 %	4 %

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOSCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Presencia de complicaciones locales 10 % 30 %

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

9. RESULTADOS

NUMERO DE PRÓTESIS INTERVENIDAS

Se han intervenido 76 pacientes PTR en 2015, de las cuales sólo hemos podido recoger datos de 62, por problemas a la hora de hacernos llegar las Historias clínicas. Nos ha parecido un muestra representativa.

Y en el periodo del 1 de octubre de 2018 al 30 de septiembre de 2019 (momento en que se ha dejado de recoger datos para poder analizar los resultados), se han intervenido 99 pacientes de PTR, y hemos podido completar el estudio en 85 pacientes

RESULTADOS DE 2015

Además de los indicadores que se establecieron, se han recogido otros datos, que vamos a detallar a continuación.

Detallaremos resultados globales, resultados por sexos, indicadores de resultado e indicadores de proceso.

Resultados globales:

62 pacientes estudiados
Varones: 24 pacientes (38,7%)
Mujeres: 38 pacientes (61,3 %)
Edad media : 70,7 años
Prótesis lado derecho: 39 prótesis (62,9 %)
Prótesis lado izquierdo: 33 prótesis (39,1 %)
Antecedentes personales previos (sólos o asociados a otro)
Ningún antecedente: 11pacientes (17,7 %)
HTA: 38 pacientes
Diabetes Mellitus: 6 pacientes
Dislipemia: 25 pacientes
Hipotiroidismo: 8 pacientes
Alteraciones de la coagulación: 1 paciente
EPOC: 5 pacientes
ACxFA: 3 pacientes
Hiperuricemia: 3 pacientes
Cardiopatía isquémica: 1 paciente
ACV: 1 paciente
Insuficiencia renal crónica: 2 pacientes
Hipertrofia benigna de próstata: 1 paciente

Resultados por sexo: Varones

Edad media: 69,9 años. (52 años el más joven y 85 la edad más avanzada)
Prótesis lado derecho: 14
Prótesis lado izdo: 10
Antecedentes personales previos (sólos o asociados a otro)
Ningún antecedente: 7 pacientes
HTA: 14 pacientes
Diabetes Mellitus: 4 pacientes
Dislipemia: 8 pacientes
Alteraciones de la coagulación: 1 paciente
EPOC: 1 paciente
ACxFA: 2 pacientes
Hiperuricemia: 1 paciente
Cardiopatía isquémica: 1 paciente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Insuficiencia renal crónica: 1 paciente
Hipertrofia benigna de próstata: 1 paciente

Resultados por sexo: Mujeres

Edad media: 71,5 años. (con un rango de 62 a 82 años)
Prótesis lado derecho: 15
Prótesis lado izdo: 23
Antecedentes personales previos (sólos o asociados a otro)
Ningún antecedente: 4 pacientes
HTA: 24 pacientes
Diabetes Mellitus: 2 pacientes
Dislipemia: 17 pacientes
Hipotiroidismo: 8 pacientes
EPOC: 4 pacientes
ACxFA: 1 paciente
Hiperuricemia: 2 pacientes
ACV: 1 paciente
Insuficiencia renal crónica: 1 paciente
Otros resultados:
Tomaban antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes 7 pacientes (11,2%)
A ninguno se le aplicó el protocolo de Tranexámico
A todos se les colocó un drenaje con recuperador de sangre

Indicadores de resultado

Estancia media: 9,4 días (rango de 6 A 40 días)
Mortalidad: 0 pacientes
Reingreso a los 30 días: 0 pacientes
Situación funcional al alta: 100 % caminando

Indicadores de proceso

% profilaxis antibiótica: 100%
% Profilaxis antitrombótica: 100%
% transfusión: 32,2 % (20 pacientes)
% dolor escala EVA: media de 2 en la escala (no dolor)
Complicaciones sistémicas: 1 paciente (1,6%) Neumonía
Complicaciones locales 6 pacientes (9,6%)
* Infec. superficial: 3 pacientes (4,8%)
* Infec. profunda: 1 pacientes (1,6%)
* Reintervención durante ingreso 1 paciente (1,6%)
* Rotura Ligamento lateral interno: 2 pacientes (3,2)

El paciente reintervenido durante el ingreso fue el mismo de la infección profunda. Se le realizó lavado articular y recambio de polietileno.
Fue el único que tuvo una estancia media prolongada (40 días). Los pacientes con rotura LLI se solucionaron durante la misma intervención de colocación PTR.

RESULTADOS DE 2019

Resultados globales:

85 pacientes estudiados

Varones: 43 pacientes (50,5%)
Mujeres: 42 pacientes (49,5 %)
Edad media : 69,6 años
Prótesis lado derecho: 50 prótesis (58,8 %)
Prótesis lado izquierdo: 35 prótesis (41,2 %)
Antecedentes personales previos (sólos o asociados a otro)
Ningún antecedente: 6 pacientes (7 %)
HTA: 59 pacientes
Diabetes Mellitus: 13 pacientes
Dislipemia: 23 pacientes
Hipotiroidismo: 8 pacientes
Alteraciones de la coagulación: 2 pacientes
EPOC: 5 pacientes
Hiperuricemia: 4 pacientes
ACV: 4 pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Insuficiencia renal crónica: 2 pacientes
Epilepsia 1 paciente
Hipertrofia benigna de próstata: 5 pacientes
Cancer de colon: 2 pacientes
Cancer de mama: 2 pacientes
Cancer de próstata: 1 paciente

Resultados por sexo: Varones

Edad media : 71,1 años (con un rango de 64 a 81 años)
Prótesis lado derecho: 24 prótesis
Prótesis lado izquierdo: 19 prótesis
Antecedentes personales previos (sólos o asociados a otro)
Ningún antecedente: 4 pacientes (4,7 %)
HTA: 26 pacientes
Diabetes Mellitus: 6 pacientes
Dislipemia: 19 pacientes
Hipotiroidismo: 8 pacientes
Alteraciones de la coagulación: 2 pacientes
ACV: 2 pacientes
EPOC: 2 pacientes
Insuficiencia renal crónica: 1 paciente
Cancer de mama: 2 pacientes
Cancer de colon: 1 paciente

Resultados por sexo: Mujeres

Edad media : 68,1 años (con un rango de 46 a 84 años)
Prótesis lado derecho: 26 prótesis
Prótesis lado izquierdo: 16 prótesis
Antecedentes personales previos (sólos o asociados a otro)
Ningún antecedente: 2 pacientes (2,3 %)
HTA: 33 pacientes
Diabetes Mellitus: 7 pacientes
Dislipemia: 18 pacientes
Hipotiroidismo: 8 pacientes
EPOC: 2 pacientes
Hiperuricemia: 4 pacientes
ACV: 4 pacientes
Insuficiencia renal crónica: 2 pacientes
Epilepsia 1 paciente
Cancer de colon: 2 pacientes
Cancer de mama: 2 pacientes
Cancer de próstata: 1 paciente

Otros resultados:

Tomaban antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes 9 pacientes (10,5%)
Se les aplicó el protocolo de Tranexámico a 83 pacientes (97,6%)
A los que no se les aplicó, fue por contraindicación médica y se les colocó un drenaje con recuperador de sangre

Indicadores de resultado

Estancia media: 8,6 días (rango de 5 días a 32)
Mortalidad: 0 pacientes
Reingreso a los 30 días: 0 pacientes
Situación funcional al alta: 96,4% caminando. 3,6% en descarga.

Indicadores de proceso

% profilaxis antibiótica: 100 %
% profilaxis antitrombótica: 100 %
% transfusión: 2,3% (2 pacientes)
% dolor escala EVA: media de 2 en la escala (no dolor)
Complicaciones sistémicas: 1 pacientes (1,1%) Hemorragia digestiva aguda
Complicaciones locales: 9 pacientes (10,5%)
* Infección superficial: 5 pacientes (5,8%)
* Infección profunda: 1 paciente (1,1%)
* Reintervención durante el ingreso: 2 pacientes (2,3%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

- * Fasa vía: 1 paciente (1,1%)
- * Dehiscencia de la herida quirúrgica: 1 paciente (1,1%)

Los pacientes que fueron dados de alta en descarga, fueron 3:

- 1 por falsa vía en tibia
- 1 por fractura de rótula postraumático durante el ingreso debido a caída en la habitación
- 1 por notching del componente femoral.

De los 5 pacientes con infección superficial de la herida quirúrgica, 4 fueron dados de alta hospitalaria con antibiótico y a uno de ellos se le reintervino para realizarle un lavado articular y recambio del polietileno.

El otro paciente reintervenido fue el de la infección profunda (lavado+recambio). El germen aislado fue un SARM.

El paciente de la falsa vía tibial corregida durante la intervención, sólo requirió descarga de la extremidad durante un mes, al alta.

El paciente de la desistencia de la herida quirúrgica tuvo una estancia media larga (34 días). Los dos reintervenidos también tuvieron una estancia media larga: 32 y 28 días.

Estos tres pacientes con complicaciones son los que más nos han afectado a la estancia media, ya de por sí mas baja que el el grupo del 2015, Ya que si no los contásemos, la estancia media de este grupo de pacientes hubiese sido de 8,2 días.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La conclusión más importante es que estableciendo un protocolo con unas metas que queremos conseguir, y poniéndolo todo el equipo en marcha, se pueden llegar a alcanzar los objetivos como así a sido el caso. Y pensamos seguir manteniendo el protocolo para disminuir sobre todo a ver si es posible, la estancia media en un día más.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/302 ===== ***

Nº de registro: 0302

Título
PROTOCOLOS EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
MAURAIN VILORIA ANA, APARICIO ARTAL CARLOS, ALSINA PUJOL MONTSERRAT, YAYA BEAS MANUEL, RUIZ MARISCAL MARIA, ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN, IZQUIERDO SIURANA JOSEFINA, GARCIA LARA ENCARNA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DEL APARATO LOCOMOTOR
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a que la artroplastia total de rodilla es una de las intervenciones más frecuentes que realizamos y que el paciente, tanto por su edad que suele ser avanzada, como por la patología concomitante precisa un tratamiento multidisciplinar, hemos decidido realizar un protocolo que comenzaría con el ingreso del paciente en planta y terminaría con el alta hospitalaria, abordando todos los momentos y posibles complicaciones que se pudieran presentar durante ese periodo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOSCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera conseguir una disminución de la estancia media y una más rápida detección de posibles complicaciones relacionadas fundamentalmente con su patología concomitante.
La población diana serán todos los pacientes que van a ser sometidos a una prótesis total de rodilla.

MÉTODO

Se programará una reunión con los participantes para definir los objetivos y repartir las distintas tareas, cada una con su correspondiente investigación y acompañada de bibliografía.
Tras esta reunión de inicio, se programarán otras reuniones de revisión de resultados y revisión de borradores, antes de su presentación definitiva.

INDICADORES

Se proponen los siguientes indicadores para evaluar los resultados

- estancia media
- situación funcional al alta
- profilaxis antibiótica
- profilaxis tromboembólica
- protocolo analgesia
- protocolo ahorro de sangre
- reingreso en 30 días

DURACIÓN

La duración de la realización del proyecto será de unos 6 meses.
Una vez que esté aprobado se realizará la primera reunión. y se programará una reunión mensual hasta la fecha de su entrega en el plazo de tiempo previsto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0604

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD DE LA PATOLOGIA CON SOSPECHA TUMORAL EN LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DERMATOLOGICA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ALVARO RIVERA RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se creó un sistema de registro propio para gestionar la lista de espera con la finalidad de priorizar las intervenciones de patología tumoral. Dicho registro consta de los datos de paciente, tipo de tumor, tamaño, localización, fecha de inclusión en lista, fecha de realización de diagnóstico histológico previo si hubo, historial de confirmación y cita de resultados. Cada semana se revisa la lista y se priorizan los pacientes a intervenir.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el comienzo del proyecto la demora media por tratamiento quirúrgico por sospecha de malignidad ha pasado de más de 2 años a menos de 45 días. El número de pacientes pendientes de intervención por sospecha de malignidad ha pasado de más de 180 a 13 a día 1 de febrero. La demora media de la lista quirúrgica por cualquier causa es de menos de 4 meses.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestro proyecto ha mejorado sensiblemente la equidad del servicio de Dermatología garantizando el tratamiento quirúrgico de la patología tumoral en un plazo corto de tiempo, lo cual supone una importante mejoría en el pronóstico de estas enfermedades, así como disminución de las comorbilidades derivadas del retraso en el tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/604 ===== ***

Nº de registro: 0604

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD DE LA PATOLOGIA CON SOSPECHA TUMORAL EN LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DERMATOLOGICA

Autores:
RIVERA RODRIGUEZ ALVARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El año pasado se detectó un problema con la lista de espera quirúrgica de Dermatología en el Hospital de Alcañiz. Existían más de 180 pacientes pendientes de intervención quirúrgica por sospecha de patología maligna de los cuales algunos llevaban más de dos años esperando. La causa pudiera deberse a que, tradicionalmente, se incluían en quirófano biopsias y exéresis de lesiones dermatológicas que pueden realizarse en la consulta de Dermatología y no se priorizaban las lesiones con sospecha de patología maligna.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0604

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD DE LA PATOLOGIA CON SOSPECHA TUMORAL EN LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DERMATOLOGICA

El objetivo es dar prioridad a la patología tumoral maligna para que esta reciba tratamiento quirúrgico en menos de 45 días.

MÉTODO

En Diciembre de 2017 se creó un sistema de registro propio en un libro dentro de la consulta, en la que se gestiona la propia lista. El registro consta de los datos del paciente, tamaño y tipo de tumor así como localización, fecha de inclusión en lista, fecha de realización, diagnóstico histológico de confirmación y cita de resultados. De esta forma son priorizadas las intervenciones de patología tumoral. Con este método, en lo que va de año, la lista de espera por patología quirúrgica maligna, ha bajado a menos de 60 días.

INDICADORES

Demora media por tratamiento quirúrgico con sospecha de malignidad. Estándar mínimo: < 45 días. Estándar óptimo: < 30 días.

Demora media de la lista de espera quirúrgica por cualquier causa.

DURACIÓN

- Sistema de registro propio: ya creado
- Implementación: Mayo-Diciembre de 2017
- Medición: Monitorización mensual de la lista de espera por patología quirúrgica maligna

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0605

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO. PACIENTES PSORIASIS GRAVE EN TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA VICTORIA FUENTEELSAZ DEL BARRIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Infliximab es un fármaco biológico anti-TNF endovenoso usado en casos de psoriasis grave o eritrodermia psoriásica. Requiere de una unidad de día de Hospitalización. Es un fármaco eficaz aunque se han descrito reacciones infusionales graves. El fármaco se suministra cada 8 semanas y los pacientes pasan aproximadamente una media de 4 horas en el hospital el día que se pone la infusión lo que significa una pérdida laboral de al menos 6 días al año.

En el año 2017 se detectó un problema en el Hospital de Alcañiz en relación con este fármaco; y es que existían muchos pacientes en tratamiento con Infliximab en comparación con la media de otros hospitales de la Comunidad Autónoma de Aragón. Se creyó que este problema pudo deberse a que Infliximab fue el primer fármaco biológico Anti-TNF aprobado para psoriasis grave ya que había algunos pacientes que llevaban más de 10 años con él. En la actualidad existen nuevos fármacos aprobados para psoriasis moderada a grave que no requieren de hospitalización y que el propio paciente se puede inyectar en su domicilio.

Se evaluaron todos los pacientes en tratamiento con Infliximab con diagnóstico de Psoriasis grave en el Servicio de Dermatología del Hospital de Alcañiz. (Total: 19 pacientes). Se revisaron los antecedentes personales y familiares de cada paciente, enfermedades concomitantes, años de evolución de la psoriasis, tratamientos previos antes del inicio de infliximab, curso clínico de la psoriasis, asociación o no con artritis psoriásica y protocolo previo para biológico perfectamente cumplimentado (serologías, Mantoux/ quantiferon, radiografía de tórax, Autoanticuerpos nucleares, antecedentes de neoplasias y enfermedades autoinmunes así como revisión del calendario de vacunaciones). También se evaluó el PASI (Índice de la severidad del área de Psoriasis) del paciente en ese momento, tiempo transcurrido desde el inicio de infliximab y respuesta al mismo atendiendo a PASI previo al inicio del mismo.

Los criterios para la suspensión del fármaco fueron: reacciones graves al fármaco, falta de respuesta al mismo, intercurencia de alguna enfermedad a estudio fundamentalmente de posible etiología infecciosa, positividad de anticuerpos antinucleares y falta de cumplimentación del protocolo previo al inicio del biológico.

Se suspendió el fármaco en varios pacientes por diferentes motivos: falta de respuesta al fármaco (3 casos), reacción infusional grave (1 caso), aparición de enfermedad concomitante inicialmente sospechosa de infección (1 caso), intervención quirúrgica de riesgo moderada a petición de la paciente) (1 caso), positividad de autoanticuerpos antinucleares en los análisis (2 casos), dudas acerca del tratamiento profiláctico previo para tuberculosis en pacientes con prueba de Mantoux/ Quantiferon positivo (3 casos) y dudas acerca de la gravedad o curso clínico de la enfermedad (3 casos).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al 73 % de pacientes que estaban con infliximab se suspendió el fármaco:

-Al 26 % de los pacientes que estaban con infliximab se les sustituyó por otro fármaco: tres pacientes a otro fármaco biológico (ustekinumab), un paciente a un inmunomodulador (apremilast) y 1 paciente a un inmunosupresor (metrotexato).

-Al 47% de los pacientes no se les sustituyó por ningún otro fármaco sistémico y siguen controles en la consulta. Es posible que dada la cronicidad de la enfermedad y episodios agudos de la misma puedan requerir de nuevo un tratamiento sistémico (ciclosporina, metrotexato o acitretino), fototerapia o biológico.

El 27% de pacientes continuaron con el fármaco, siendo sustituido en el 100% de los casos por el biosimilar.

El número de reagudizaciones de psoriasis moderada/ grave tras el inicio de la actividad de mejora fueron dos.

La reducción del gasto en infliximab/biosimilares 2017-2018 fue de 54.518 euros.

La reducción porcentual del gasto en infliximab/biosimilares fue del 68,45%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestros criterios de revisión de los pacientes con psoriasis grave han permitido reducir de forma segura el gasto farmacéutico en el caso de Infliximab

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/605 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0605

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO. PACIENTES PSORIASIS GRAVE EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

Nº de registro: 0605

Título
INTERVENCION SOBRE EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO. PACIENTES PSORIASIS GRAVE EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

Autores:
FUENTELESAZ DEL BARRIO MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el año 2017 se detectó el problema de que existen en el Hospital Comarcal de Alcañiz muchos pacientes en tratamiento con Infliximab en comparación con otros Hospitales de la Comunidad Autónoma. Se trata de un fármaco intravenoso que se usa para la psoriasis grave. Su eficacia es alta y su seguridad también aunque se han descrito reacciones infusionales muy graves. Se trata de 19 pacientes, algunos de ellos con más de 10 años en tratamiento. La causa de este problema pudiera ser que Infliximab fue el primer tratamiento Anti- TNF para psoriasis grave. Sin embargo y actualmente, existen otros tratamientos más cómodos para el paciente y que suponen menos gasto dado que no necesitan la Unidad de Hospital de día ni ingreso hospitalario ni pérdida laboral. La consecuencia de este hecho es un enorme gasto farmacéutico.

RESULTADOS ESPERADOS
Reducir el gasto farmacéutico por Infliximab en los pacientes con psoriasis grave, sin producir rebrote de las lesiones de estos pacientes.

MÉTODO
Evaluar los pacientes con psoriasis grave en tratamiento con Infliximab, para ver si deben continuar con este tratamiento o ser sustituido por otro. Además queremos dar paso al biosimilar (Inflectra) para aquellos pacientes que deben continuar con el tratamiento lo que supondría un importante ahorro económico para el Sistema.

INDICADORES
% de pacientes en los que se ha retirado Infliximab
% de pacientes en los que se ha sustituido Infliximab por fármaco biosimilar
Número de reagudizaciones de psoriasis grave tras el inicio de la actividad de mejora
Reducción del gasto farmacéutico por tratamientos biológicos en la psoriasis grave
El objetivo a final de año (2018) es el de haber conseguido disminuir al menos un 50% el gasto farmacéutico que supone este grupo de pacientes respecto a las cifras de inicio del proyecto (2017).

DURACIÓN
El proyecto comenzó a finales de 2017, actualmente se sigue implementando y evaluaremos en Diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0522

1. TÍTULO

SOLICITUD DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ELENA MARTINEZ CRESPO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACARTA GARCIA PEDRO
SOLANO SANCHEZ MARINA
MARCEN ECHANDI BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se elaboró un documento (volante de solicitud) en papel en el que se recogen las indicaciones aceptadas para la realización de una gastroscopia y una colonoscopia.
- Diseño de un circuito para la derivación del volante hasta Endoscopias Digestivas, valoración por parte del especialista, envío de la citación al paciente.
- Se difundió el documento en la Junta Técnico Asistencial de Atención Primaria.
- Al poco tiempo, se consideró más ágil realizar la petición vía interconsulta virtual sin renunciar que se pudiera enviar con el volante.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se han podido evaluar directamente los indicadores inicialmente previstos ya que el volumen de peticiones recibidas desde Atención Primaria mediante volante ha sido muy escaso debido a que al poner en marcha la Interconsulta Virtual las solicitudes se han realizado por esta vía. Desde nuestro servicio se responde enviando la citación con una hoja informativa al paciente en el caso que se considerara indicada la endoscopia. Por esta vía se han realizado en nuestro servicio unas 350 colonoscopias y 120 gastroscopias aproximadamente lo que supone aproximadamente el 19% de las colonoscopias y el 14% de las gastroscopias realizadas en nuestra unidad en el año 2018. Las indicaciones más frecuentes fueron disfagia y dispepsia de reciente aparición en mayores de 55 años o refractaria a tratamiento en el caso de las gastroscopias y sangre oculta en heces positiva y antecedentes familiares de cáncer colorrectal en de las colonoscopias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Si bien el éxito de la interconsulta virtual ha hecho innecesario nuestro volante, es evidente que el proyecto ha conseguido su objetivo que era ofertar el servicio de endoscopias para Atención Primaria, evitando el paso previo por la consulta presencial como ocurría anteriormente, igualando al Sector de Alcañiz con el resto de sectores del Salud que ya incluían esta prueba en la cartera de servicios de Atención Primaria. El volante ha servido sobre todo para difundir las indicaciones de endoscopia en atención primaria. Esta experiencia nos hace pensar que para futuras inclusiones en la cartera de servicios de Atención Primaria de técnicas complementarias realizadas por Atención Especializada, la Interconsulta Virtual y circuitos de derivación a través de las herramientas que se pueden desarrollar mediante el Curso clínico y la petición electrónica, que en la actualidad está implementando el SALUD en los diferentes Sectores, podría sustituir al papel como mecanismo preferente de comunicación entre Atención Primaria-Atención Especializada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/522 ===== ***

Nº de registro: 0522

Título
SOLICITUD DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA ATENCION PRIMARIA

Autores:
MARTINEZ CRESPO ELENA, LACARTA GARCIA PEDRO, SOLANO SANCHEZ MARINA, MARCEN ECHANDI BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0522

1. TÍTULO

SOLICITUD DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA ATENCION PRIMARIA

Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Proyectos y Objetivos de la unidad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En este momento no está incluida en la cartera de servicios de Atención Primaria en el sector de Alcañiz la posibilidad de solicitar endoscopias digestivas por indicación del médico de familia. A los pacientes se les remite a la consulta de Digestivo lo que sobrecarga la consulta y aumenta la demora de las consultas. Además desde la introducción de la interconsulta virtual se indica virtualmente la necesidad de realizar derivación para endoscopia cuando no se dispone de volante para ello

RESULTADOS ESPERADOS

Introducir la oferta del servicio de endoscopia digestiva a Atención Primaria mediante la creación de una hoja de solicitud de Endoscopias Digestivas en el Sector de Alcañiz de acuerdo a las indicaciones aceptadas en las principales guías de práctica clínica.
Reducir las derivaciones a la consulta externa de digestivo.

MÉTODO

Elaboración de un procedimiento de actuación en Atención Primaria que incluya:
- Hoja de solicitud de Endoscopias Digestivas tipo formulario para la solicitud de gastroscopia y colonoscopia en el que se desglosen las indicaciones comúnmente aceptadas.
- Diseño de un circuito para la derivación de la solicitud, valoración por parte del especialista y citación de la prueba por parte del Servicio de Citaciones del Hospital

INDICADORES

% de solicitudes de Endoscopias Digestivas desde Atención Primaria realizadas por esta vía frente a las vías anteriores (Interconsulta Virtual y derivación a consultas externas).
% de solicitudes de Endoscopias Digestivas con indicación incorrecta

DURACIÓN

La hoja de derivación ya está elaborada.
May-Junio: Difusión a Atención Primaria.
Diciembre: Medición resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0617

1. TÍTULO

PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

Fecha de entrada: 11/03/2019

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.

SOLANO SANCHEZ MARINA
MARCEN ECHANDI BEATRIZ
MARTINEZ CRESPO ELENA
RODRIGUEZ GINER MARIA CARMEN
MARTINEZ ARIÑO MANUELA
VIDAL MESEGUER ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró un protocolo en el que se incluyó:

- Indicaciones y contraindicaciones de la técnica
- Cuidados y requisitos previos a la colocación.
- Elaboración de hoja "Checklist" para rellenar por el personal de enfermería de Endoscopias Digestivas previamente a la realización de la técnica.
- Acogida del paciente en la unidad de endoscopias digestivas y descripción de la técnica.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones relacionadas con el procedimiento.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones más frecuentes de la sonda de gastrostomía.
- Pauta de inicio de la nutrición enteral por la sonda.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El cronograma previsto incluía comenzar a implementar el protocolo en Junio de 2018 con las gastrostomías realizadas en la unidad de Endoscopias Digestivas del Hospital de Alcañiz, sin embargo debido al escaso volumen de procedimientos realizados durante ese periodo en nuestro Sector creemos más adecuado prorrogar el proyecto y evaluarlo en 2019 ya que no se han podido evaluar los indicadores previstos (% de pacientes con hoja de comprobación rellena previa a la realización de la gastrostomía y % de pacientes derivados a Endocrinología para valoración de las necesidades nutricionales al alta).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se solicita prorrogar el proyecto durante 2019 para poder evaluar de manera más adecuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/617 ===== ***

Nº de registro: 0617

Título
PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

Autores:
LACARTA GARCIA PEDRO, SOLANO SANCHEZ MARINA, MARCEN ECHANDI BEATRIZ, MARTINEZ CRESPO ELENA, VERDES SANZ GUAYENTE, RODRIGUEZ GINER MARIA CARMEN, MARTINEZ ARIÑO MANUELA, VIDAL MESEGUER ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Aunque la gastrostomía endoscópica percutánea se realiza desde hace 11 años en el hospital se han detectado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0617

1. TÍTULO

PROCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

de manera recurrente diversas incidencias que influyen negativamente en la unidad de aparato digestivo. En cuanto a los requisitos y cuidados previos del paciente se han tenido que postponer colocaciones de sonda de gastrostomía por la no cumplimentación de los consentimientos informados en pacientes tutelados hasta que se ha localizado a los tutores de los mismos. También se han producido retrasos en su colocación, que afectan a la programación diaria de la sala de endoscopias digestivas, por no haberse realizado la correcta profilaxis antibiótica. Asimismo el servicio de Digestivo es consultado frecuentemente acerca de qué nutrición iniciar y del tiempo adecuado para iniciar por la sonda.

Si bien existen varias hojas informativas relativas a los cuidados posteriores a la colocación de la sonda de gastrostomía endoscópica percutánea que se usan en las diferentes unidades de enfermería del hospital, en la actualidad no existe ningún protocolo en el que queden reflejadas las indicaciones del procedimiento, los cuidados necesarios previos al mismo, los cuidados de la sonda posteriores a su colocación o la pauta de nutrición enteral tras la colocación de la sonda, aspectos que se pretenden aclarar y definir en este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Homogeneizar las actuaciones a nivel hospitalario antes y después de la colocación de una sonda de gastrostomía endoscópica percutánea.

MÉTODO

Elaboración de un protocolo en el que se incluya:

- Indicaciones y contraindicaciones de la técnica
- Cuidados y requisitos previos a la colocación. Elaboración de hoja a modo "Checklist".
- Acogida del paciente en la unidad de endoscopias digestivas y descripción de la técnica.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones inmediatas más frecuentes.
- Pauta de inicio de la nutrición enteral por la sonda.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones inmediatas más frecuentes.

INDICADORES

% de pacientes con hoja de comprobación rellena previa a la realización de la gastrostomía.
% de pacientes derivados a Endocrinología para valoración de las necesidades nutricionales al alta.

DURACIÓN

MAYO-JUNIO: ELABORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
JULIO-DICIEMBRE: IMPLEMENTACIÓN
ENERO 2018. MEDICIÓN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0617

1. TÍTULO

PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

Fecha de entrada: 23/01/2020

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.
SOLANO SANCHEZ MARINA
MARCEN ECHANDI BEATRIZ
MARTINEZ CRESPO ELENA
RODRIGUEZ GINER MARIA CARMEN
MARTINEZ ARIÑO MANUELA
VIDAL MESEGUER ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró un protocolo asistencial disponible en la intranet del Sector, que no incluye en la memoria por cuestiones de espacio, para consulta por todo el personal en el que se incluyó:
- Indicaciones y contraindicaciones de la técnica
- Cuidados y requisitos previos a la colocación.
- Elaboración de hoja "Checklist" para rellenar por el personal de enfermería de Endoscopias Digestivas previamente a la realización de la técnica (también disponible como documento aparte en la intranet del Sector).
- Acogida del paciente en la unidad de endoscopias digestivas y descripción de la técnica.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones relacionadas con el procedimiento.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones más frecuentes de la sonda de gastrostomía.
- Pauta de inicio de la nutrición enteral por la sonda (también disponible como documento aparte en la intranet del Sector).
- Elaboración de díptico informativo para pacientes/familiares (también disponible como documento aparte en la intranet del Sector).

A fin de implementar de la mejor manera posible el protocolo se habló directamente con las supervisoras de las plantas de hospitalización para intentar difundir entre su personal la necesidad de la cumplimentación del checklist previo a la colocación de la GEP así como se unificó tanto las hojas con la pauta para el inicio de la nutrición como las hojas informativas para el paciente/familiar haciendo desaparecer hojas antiguas, heterogéneas que existían en las plantas de hospitalización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El cronograma previsto incluía comenzar a implementar el protocolo en Junio de 2018 con las gastrostomías realizadas en la unidad de Endoscopias Digestivas del Hospital de Alcañiz, sin embargo debido al escaso volumen de procedimientos realizados durante ese periodo se decidió solicitar la prórroga del proyecto durante el año 2019. Aún con todo el volumen total de procedimientos en estos dos años es escaso. Para la obtención de los datos se ha realizado una revisión retrospectiva de las historias clínicas, con el hándicap que ha supuesto ya que en el Hospital de Alcañiz las historias clínicas físicas de los pacientes se envían a Zaragoza para su custodia. En global se colocaron 11 gastrostomías endoscópicas percutáneas todas ellas realizadas con éxito técnico, de acuerdo a los indicadores propuestos para evaluar el proyecto sólo recibimos la hoja de comprobación rellena en el 27% de los procedimientos y se había derivado a Endocrinología para la correcta indicación de la nutrición enteral al 54% de los pacientes; en este último caso sí que se ha observado una tendencia a la mejora en el tiempo en este indicador ya que los últimos 4 pacientes a los que se colocó una GEP fueron derivados a la consulta de Endocrinología o recibieron las pautas por su parte antes del alta hospitalaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En general, estamos satisfechos con el resultado sobretodo en cuanto a haber conseguido la uniformidad en el hospital a la hora de manejar a los pacientes a los que se les va a realizar una GEP tanto previamente al procedimiento, con el checklist, como a la hora de iniciar la nutrición, la mayoría ya son valorados por Endocrinología, y posteriormente a la hora de informar a los pacientes mediante la hoja/díptico informativa. No estamos conformes con el porcentaje de pacientes que tienen el check list cumplimentado por lo que consideramos que debemos realizar alguna actividad (pej. sesiones) en las plantas de hospitalización para mejorar en este aspecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/617 ===== ***

Nº de registro: 0617

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0617

1. TÍTULO

PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

Autores:
LACARTA GARCIA PEDRO, SOLANO SANCHEZ MARINA, MARCEN ECHANDI BEATRIZ, MARTINEZ CRESPO ELENA, VERDES SANZ GUAYENTE, RODRIGUEZ GINER MARIA CARMEN, MARTINEZ ARIÑO MANUELA, VIDAL MESEGUER ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Aunque la gastrostomía endoscópica percutánea se realiza desde hace 11 años en el hospital se han detectado de manera recurrente diversas incidencias que influyen negativamente en la unidad de aparato digestivo. En cuanto a los requisitos y cuidados previos del paciente se han tenido que postponer colocaciones de sonda de gastrostomía por la no cumplimentación de los consentimientos informados en pacientes tutelados hasta que se ha localizado a los tutores de los mismos. También se han producido retrasos en su colocación, que afectan a la programación diaria de la sala de endoscopias digestivas, por no haberse realizado la correcta profilaxis antibiótica. Asimismo el servicio de Digestivo es consultado frecuentemente acerca de qué nutrición iniciar y del tiempo adecuado para iniciar por la sonda.

Si bien existen varias hojas informativas relativas a los cuidados posteriores a la colocación de la sonda de gastrostomía endoscópica percutánea que se usan en las diferentes unidades de enfermería del hospital, en la actualidad no existe ningún protocolo en el que queden reflejadas las indicaciones del procedimiento, los cuidados necesarios previos al mismo, los cuidados de la sonda posteriores a su colocación o la pauta de nutrición enteral tras la colocación de la sonda, aspectos que se pretenden aclarar y definir en este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Homogeneizar las actuaciones a nivel hospitalario antes y después de la colocación de una sonda de gastrostomía endoscópica percutánea.

MÉTODO

Elaboración de un protocolo en el que se incluya:

- Indicaciones y contraindicaciones de la técnica
- Cuidados y requisitos previos a la colocación. Elaboración de hoja a modo "Checklist".
- Acogida del paciente en la unidad de endoscopias digestivas y descripción de la técnica.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones inmediatas más frecuentes.
- Pauta de inicio de la nutrición enteral por la sonda.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones inmediatas más frecuentes.

INDICADORES

% de pacientes con hoja de comprobación rellena previa a la realización de la gastrostomía.
% de pacientes derivados a Endocrinología para valoración de las necesidades nutricionales al alta.

DURACIÓN

MAYO-JUNIO: ELABORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
JULIO-DICIEMBRE: IMPLEMENTACIÓN
ENERO 2018. MEDICIÓN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0682

1. TÍTULO

MANUAL DEL SUPERVISOR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ANGELA LARA GARRIDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ FERRI MARIA JOSE
BONO LAMARCA MARIA TERESA
BENEDICTO FUERTES MARIA TERESA
VIDAL MESEGUER ANA
FRAGA MILIAN CARMEN
REAL CORDERO ESPERANZA
ABAS VILA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Mantener información permanente con todos los supervisores.
2. Realizar flujograma de actuación/ instrucciones con las actividades que presenten mayor problema de realización, bien por complejidad, por falta de medios...
3. Crear un listado con las situaciones difíciles a solucionar en las guardias.
4. Estandarizar los instrumentos de supervisión para el supervisor de enfermería en las distintas Unidades Clínicas
5. Recoger la información específica del Hospital que no está contemplada en los procedimientos de niveles superiores.
6. Unificar criterios de actuación entre el personal de la Dirección de Enfermería
7. Fortalecer la supervisión de enfermería para permitir así un mayor aprovechamiento de los recursos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos realizado un Manual del supervisor, en el que se pretende facilitar el trabajo a la supervisora en las distintas unidades clínicas y el trabajo de la supervisora de guardia, que en la mayoría de ocasiones requiere una actuación de resolución rápida.
Es objeto del mismo, todas las supervisoras de enfermería del Hospital de Alcañiz y las supervisoras de guardia. Como indicadores, teníamos principalmente la realización del Manual, además de crear con las supervisoras un listado de las funciones de estas, a realizar en la guardia. Y detectar las situaciones de urgencia, en las cuales requieren una actuación rápida y ágil.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este manual es una herramienta de trabajo indispensable para la supervisora de enfermería de Unidad, y también para la supervisora de enfermería de guardia. Ambas a lo largo de su turno de trabajo y más si cabe en las guardias, deben de responder con rapidez y agilidad a determinadas situaciones. Situaciones encaminadas a la gestión de personal, gestión de materiales, gestión de camas, actividad asistencial.
Todas estas actividades, van dirigidas con un único fin y es la atención a nuestros pacientes. Como un total de actividades encaminadas hacia la seguridad clínica de pacientes. Por ello nos hemos dado cuenta de lo útil y rápido que nos sirve en un momento de urgencia, el disponer de este documento y que se minimice la variabilidad de criterios entre las supervisoras.
Con este proyecto, nos hemos dado cuenta de situaciones en las que nos encontramos enfermería, y que nos ayudaría mucho determinadas herramientas para la sostenibilidad en nuestro hospital, por lo que lo plantearemos en la siguiente convocatoria de proyectos de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/682 ===== ***

Nº de registro: 0682

Título
MANUAL DEL SUPERVISOR

Autores:
LARA GARRIDO ANGELA, MARTINEZ FERRI MARIA JOSE, BENEDICTO FUERTES MARIA TERESA, FRAGA MILIAN CARMEN, VIDAL MESEGUER ANA, ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN, BONO LAMARCA MARIA TERESA, ABAS VILA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0682

1. TÍTULO

MANUAL DEL SUPERVISOR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente el/la supervisora de la unidad afronta muchos quehaceres varios a lo largo de la jornada. Actividades relacionadas con lo asistencial, con la gestión de materiales, con la gestión de personal, con suministros, cocina... esta variabilidad hace que sean muchas las actividades que tiene que "controlar" y saber actuar de manera rápida. Por lo que nos vemos en la necesidad de realizar un Manual del Supervisor en el que queden registradas las actividades y su flujograma de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Elaborar un listado de las actividades más comunes en el trabajo.
2. Desarrollar un flujograma de actuación.
3. Registrar las funciones del supervisor de guardia y actividades menos comunes que pueden presentar problemática de actuación.
4. Mantener información permanente con todos los supervisores.
5. Manejar situaciones difíciles con garantía de solución justa y acertada a los problemas.

MÉTODO

1. Mantener información permanente con todos los supervisores.
2. Realizar reuniones semanales a la salida de las guardias semanales y registrar las actividades "inusuales" realizadas en las guardias.
3. Realizar flujograma de actuación con las actividades que presenten mayor problema de realización, bien por complejidad, por falta de medios...
4. Crear un listado con las situaciones difíciles a solucionar en las guardias.

INDICADORES

- Realización del manual del supervisor.
- Crear listado de actividades más inusuales y su flujograma de actuación.
- Crear listado de funciones del supervisor de guardia.

DURACIÓN

Anual, empezaremos a lo largo del mes de junio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1507

1. TÍTULO

INTERVENCION PARA REDUCIR LA ESPERA EN LA REALIZACION DE ECOGRAFIAS EN LA PATOLOGIA TIROIDEA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE GUAYENTE VERDES SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado ecografía tiroidea a pacientes remitidos o en seguimiento por nódulo/s tiroideo/s. Se ha intentado que fuera una consulta de alta resolución, efectuando en la misma cita la ecografía tiroidea y la consulta (anamnesis, exploración física, actitud terapéutica), consiguiendo así disminuir el número de desplazamientos del paciente que se requieren habitualmente para la realización de la prueba y la recogida del resultado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado ecografía tiroidea a 18 pacientes, evitando la derivación de estos pacientes al servicio de Radiología, donde hay bastante saturación y demoras.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se preveía inicialmente programar una consulta de tardes exclusiva para ecografía tiroidea, pero por motivos organizativos y de recursos humanos, no fue posible.
Se consiguió efectuar ecografía tiroidea en la 1ª visita/visita de revisión, en algunos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

Dado que previamente a la elaboración y presentación del proyecto de mejora ya estaba programada la agenda de la consulta de tardes para los meses de julio y agosto (como consulta general de Endocrinología) y que se trataba de periodo vacacional, con menos personal del previsto, y visto que no se consiguió disponer de un ecógrafo hasta el mes de agosto, no fue posible establecer en los primeros meses una consulta específica y exclusiva de "ecografía tiroidea", por lo que se fueron realizando ecografías tiroideas sobre la marcha, en los huecos disponibles, tanto a pacientes nuevos derivados por este motivo, como a aquéllos que la requerían (control evolutivo de BMN), evitando así incrementar las peticiones de ecografía tiroidea al servicio de Radiología.

Por otra parte, se preveía la presencia de dos facultativos de Endocrinología hasta el 31 de octubre, pero una de las facultativas abandonó el centro por motivos personales el 12 de septiembre, por lo que no se pudo llevar a cabo la actividad prevista al reducirse la plantilla de forma imprevista y tener que asumir la única facultativa restante todos los pacientes del servicio de Endocrinología.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1507 ===== ***

Nº de registro: 1507

Título
INTERVENCION PARA REDUCIR LA ESPERA EN LA REALIZACION DE ECOGRAFIAS EN LA PATOLOGIA TIROIDEA

Autores:
VERDES SANZ GUAYENTE

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 a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El acceso a la ecografía resulta primordial para el diagnóstico de los nódulos tiroideos. Sin embargo, problemas estructurales del sector, en este momento, hacen que el acceso a la realización de ecografías tenga

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1507

1. TÍTULO

INTERVENCION PARA REDUCIR LA ESPERA EN LA REALIZACION DE ECOGRAFIAS EN LA PATOLOGIA TIROIDEA

una demora habitual superior a tres meses, lo que puede tener repercusiones en el pronóstico de algunos pacientes. Incluso las ecografías solicitadas en Atención Primaria están siendo derivadas a un centro externo privado con concierto con el Salud (Centro Asistencial Bajo Aragón) para intentar agilizar listas de espera.

RESULTADOS ESPERADOS

Reducir la demora para acceder al diagnóstico ecográfico de la patología tiroidea.

MÉTODO

Realización de consulta de ecografía tiroidea 1 tarde a la semana a cargo de un endocrinólogo con formación y habilidades en el diagnóstico ecográfico. Para ello se compartirá ecógrafo con el servicio de Rehabilitación

INDICADORES

% de pacientes con diagnóstico de nódulo tiroideo que tardan más de tres meses en la realización de la ecografía antes y después de la intervención.

Se pretende reducir el tiempo medio de espera hasta la realización de ecografía después de la intervención a menos de dos meses.

Fuente de datos: registro específico de nódulo tiroideo (ecografías tiroideas realizadas en el servicio de Radiología del Hospital de Alcañiz y en el Centro Asistencial Bajo Aragón) e historia clínica.

DURACIÓN

Julio a Octubre.

Diciembre 18: 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 - 2018/0310

1. TÍTULO

CATALOGO FOTOGRAFICO DEL MATERIAL CRITICO QUE SE RECEPCIONA Y SE LIMPIA EN LA ZONA DE RECEPCION Y LIMPIEZA DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA JESUS FERRANDO RAMOS
· Profesión TCAE
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ VAQUERO CARMEN
FUSTER BUJ ELENA
RODRIGUEZ ALBA SUSANA
SANCHEZ ROYO ALBERTO
INSA DOMENE NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Hemos realizado un catálogo fotográfico (digital y formato papel) de todo el material que hemos ido recibiendo en la Central de Esterilización para su limpieza y posterior esterilización, y que en el momento de recibirlo presentaba incidencias y/o posteriores reclamaciones:

1. No estaba correctamente desmontado tras el uso en quirófano por parte del personal de quirófano. Lo que originaba problemas en el momento de realizar los contenedores: bien hay que volverlo a procesar en el lavado con el consiguiente retraso para la esterilización o bien hemos recibido reclamación en el momento del acto quirúrgico puesto que al no haberse desmontado para lavar, no darse cuenta al realizar los contenedores el personal de quirófano; en el momento del acto quirúrgico ese material presentaba restos orgánicos que aunque había pasado el proceso de esterilización no se puede considerar material estéril.

2. Aquellas piezas que consideramos que puedan presentar restos aún después del lavado mecánico por presentar estos materiales características específicas de rigidez, forma rugosa...(sierras, brocas...)

Se ha elaborado un poster que se ha colocado en la pared de la central para que el personal lo tenga como referencia cuando realizan los contenedores, así como una sesión clínica donde se han mostrado en la misma diapositiva fotografías de estos materiales cuando se produjo la incidencia y la fotografía de cómo debería haberse entregado, así como diapositivas con fotografías del material como se entregó y como debería haberse entregado.

Comenzó a implementarse en Julio y hemos medido los resultados de la actividad hasta DICIEMBRE 18, seguiremos midiéndola y consideraremos este indicador un indicador propio de la Central para evaluar a partir de ahora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha valorado el indicador de % piezas sucias o con restos orgánicos (Nº de reclamaciones- incidencias recibidas por presentar material quirúrgico con resto de materia orgánica dentro del bloque quirúrgico x 100/ Nº de contenedores y piezas sueltas que se recepcionan y se procesan en la Central de esterilización. El resultado obtenido ha sido del 0.17 % (estándar propuesto <2%).

Y también hemos evaluado el indicador % piezas sin desmontar (Nº de incidencias recibidas por presentar material quirúrgico con resto de materia orgánica dentro del bloque quirúrgico x 100/ Nº de contenedores y piezas sueltas que se recepcionan y se procesan en la Central de esterilización. El resultado obtenido ha sido del 0.20 % (estándar propuesto <2%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de un póster con imágenes de los materiales que más problemas de desmontaje nos originan y la realización de sesiones con los mismos se ha mostrado de utilidad para reducir las incidencias y reclamaciones relacionadas con estos materiales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/310 ===== ***

Nº de registro: 0310

Título
CATALOGO FOTOGRAFICO DEL MATERIAL CRITICO QUE SE RECEPCIONA Y SE PROCEDE AL LAVADO Y LIMIEZA EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
FERRANDO RAMOS MARIA JESUS, GONZALEZ VAQUERO CARMEN, FUSTER BUJ MARIA ELENA, RODRIGUEZ ALBA SUSANA, SANCHEZ ROYO ALBERTO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0310

1. TÍTULO

CATALOGO FOTOGRAFICO DEL MATERIAL CRITICO QUE SE RECEPCIONA Y SE LIMPIA EN LA ZONA DE RECEPCION Y LIMPIEZA DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el proceso de recepción de material de la Central nos encontramos con que mucho material que nos llega desde el bloque quirúrgico no está correctamente desmontado para la limpieza, y a veces ni el personal del bloque al preparar el material lo sabe, con lo que vemos que puede y de hecho está ocurriendo un grave problema de seguridad para el paciente quirúrgico.
Si ese material que no se ha desmontado correctamente, se lava, se prepara y se esteriliza sin haberse desmontado por lo que no se ha lavado correctamente todas las piezas, en el momento del acto quirúrgico puede ocurrir que no reúna las condiciones necesarias y seguras para el paciente.
A sus vez, también nos hemos dado cuenta de que hay material que por sus características precisa de que se tenga mucho más cuidado y se revise con mayor precisión en el proceso de limpieza.
Tenemos numerosas incidencias al respecto, sobre todo material de traumatología muy concreto que no se desmonta correctamente y que supone un riesgo para la seguridad del paciente y un gasto aumentado para el centro hospitalario. (una vez que se ha lavado vía normal hay que volver a repetir el ciclo por que no se había desmontado correctamente y retrasando el trabajo del personal de la Central)

RESULTADOS ESPERADOS

-Disminuir el número de incidencias en el proceso de recepción respecto a los material que llegan sin desmontar desde el bloque quirúrgico.
-Disminuir el número de piezas críticas que no se han lavado correctamente.

MÉTODO

-Realizar foto individual de cada instrumental.
-Identificarlo con ayuda de la referencia y de la Responsable de Calidad de la Central e Esterilización.
-Elaborar de un registro fotográfico en formato papel.
-Elaborar un registro fotográfico en formato digital.
-Realizar póster o ilustraciones y ponerla en la Central para llamar la atención del personal del bloque quirúrgico.

INDICADORES

-Realizar un indicador con las incidencias de este tipo en el proceso de recepción y de las que puedan producir "in situ" dentro e quirófano por esta causa.
-Realizar un indicador de todas aquellas piezas críticas que después de la limpieza en termodesinfectadora hay que volver a reprocesar y conocer la causa.

DURACIÓN

-Febrero- Septiembre 2018: Realización de fotografías de los distintos materiales críticos.
-Septiembre-Noviembre 2018: Identificación de cada material con su nombre y fotografía. Crear formato para registrar incidencias e este tipo.
-Diciembre 2018: Evaluación de registrados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0741

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION MEDICA, VALIDACION FARMACEUTICA Y ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ANTINEOPLASICOS EN HOSPITAL DE DIA. MEJORA DE LA GESTION Y PLANIFICACION DE LA ACTIVIDAD

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE EDGAR FERNANDEZ ALONSO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VERDUN AGULLAR JUAN ANTONIO
ALONSO TRIANA YARA MARIA
MALDONADO DOMENECH ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la presentación del proyecto las actividades realizadas han sido las siguientes:

- Formación por parte del Servicio de Farmacia Hospitalaria a los facultativos del servicio de Oncología Médica y personal de enfermería implicados en el proceso mediante sesiones/reuniones en grupos reducidos.
- Se ha formado a los facultativos del Servicio de Oncología Médica en materia de programación eficiente de los ciclos del plan terapéutico de los pacientes para la utilización del aplicativo informático.
- Se han revisado y adaptado de forma consensuada protocolos antineoplásicos estandarizados en función del diagnóstico e indicación.
- Se ha formado al personal de enfermería para la confirmación on-line de la asistencia del paciente tras la verificación de la prescripción por parte del médico.
- Se ha instruido al personal de enfermería para la impresión de la "Hoja de administración de tratamiento antineoplásico" que contiene información necesaria para la administración del tratamiento (dosis, cuidados específicos, tiempos de infusión, etc..) así como registro de la administración mediante firma por parte de enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el primer semestre de 2018 se llevó a cabo el proceso de formación a los facultativos y personal de enfermería, así como la adecuación en el aplicativo informático de los protocolos consensuados entre Oncología Médica y Farmacia Hospitalaria. De forma gradual se ha conseguido una mejor gestión en todos los niveles:
-A nivel de eficiencia: se ha conseguido optimizar la gestión de compras y stocks, evitando roturas de stocks y realizado de esta forma una adquisición eficiente de los antineoplásicos. Se ha optimizado la programación de los planes farmacoterapéuticos mejorando la planificación de la actividad en hospital de día, así como los recursos necesarios en Farmacia Hospitalaria, lo que conlleva a una previsión adecuada de pacientes y tratamientos con antelación. La confirmación de la prescripción por parte de enfermería una vez verificado el tratamiento aporta valor a todo el proceso acortando tiempos en el circuito.
-A nivel clínico: se ha mejorado el proceso de prescripción médica en hospital de día por parte de Oncología Médica, alcanzando una mejora en la protocolización de esquemas antineoplásicos. Se ha aumentado la seguridad en el paciente mejorando el sistema de administración de antineoplásicos, así como adecuando la firma del personal de enfermería gracias a la utilización de la "Hoja de administración de tratamiento antineoplásico". Además, se ha mejorado en la trazabilidad de todo el proceso.
Todas estas mejoras alcanzadas han permitido optimizar al mismo tiempo la explotación informática de datos diagnósticos y terapéuticos.
Respecto a los indicadores de evaluación, tanto el porcentaje de pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico incluidos en el programa respecto al total de pacientes tratados con quimioterapia oncológica en el hospital desde el inicio del proyecto como el número el número de roturas de stock fue cero en ambos casos. El porcentaje de pacientes oncológicos con programación en el sistema informático respecto del total de pacientes programados en hospital de día fue del 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gestionar el hospital de día oncológico supone un control de los procesos para poder garantizar la seguridad en los pacientes.
Gracias a la prescripción electrónica y al uso adecuado del aplicativo disponible es posible una planificación eficiente de la actividad de hospital de día que conlleva a una optimización de los recursos necesarios en Farmacia Hospitalaria, a una mejora en el sistema de administración del tratamiento por parte de enfermería, y a una mejora tanto en la seguridad del paciente como en la trazabilidad de todo el circuito.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/741 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0741

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION MEDICA, VALIDACION FARMACEUTICA Y ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ANTINEOPLASICOS EN HOSPITAL DE DIA. MEJORA DE LA GESTION Y PLANIFICACION DE LA ACTIVIDAD

Nº de registro: 0741

Título
OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION MEDICA, VALIDACION FARMACEUTICA Y ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ANTINEOPLASICOS EN HOSPITAL DE DIA. MEJORA DE LA GESTION Y PLANIFICACION DE LA ACTIVIDAD

Autores:
FERNANDEZ ALONSO EDGAR, ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO, ALONSO TRIANA YARA MARIA, GALAN CERRATO NIEVES, MALDONADO DOMENECH ANA, ARIÑO ALBAJEZ ALICIA, ORTI MOLES JESSICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La gestión de hospital de día oncológico es compleja y requiere en la práctica clínica de la participación de diferentes profesionales con un exigente control de los procesos para garantizar la seguridad del paciente. Además, este tipo de tratamientos resultan de los más complejos existentes actualmente en la terapéutica: complejidad de esquemas, diferentes criterios de dosificación, diversas pautas de administración, etc.. Gracias a las nuevas herramientas en tecnologías de la información y comunicación, podemos facilitar, simplificar y automatizar los procesos de prescripción médica, confirmación del paciente, validación farmacéutica, preparación, dispensación, administración de enfermería y seguimiento del paciente. Todo ello, supone una reducción en los errores de medicación, así como la optimización de los procesos. Actualmente en el centro se está realizando un uso ineficiente del sistema de prescripción electrónica: -No existe una programación eficiente de los ciclos de los pacientes correspondientes al plan terapéutico. -No es posible realizar una gestión eficiente y una planificación de la actividad de hospital de día a través de una agenda de programación de pacientes informatizada (se realiza manual), y ello conlleva a ineficiencias en el proceso de compras y a roturas de stock. -La administración de enfermería se realiza siguiendo una prescripción manual, en vez de utilizar una electrónica validada por el Farmacéutico, que además se acompañaría de instrucciones en la administración. Debido a todos estos factores expuestos es aconsejable la optimización del circuito de forma que proporcione argumentos en la mejora de seguridad en el entorno de una farmacoterapia tan compleja.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejora en el proceso de prescripción en Oncología Médica en el ámbito de Pacientes Ambulantes.
- Optimización de la programación de los planes terapéuticos de los pacientes, de tal forma que permita realizar una planificación de la actividad y de los recursos necesarios en el Servicio de Farmacia Hospitalaria.
- Mejora del sistema de administración de antineoplásicos por parte de enfermería: implantación de un sistema de confirmación presencial de pacientes y de administración electrónico validado por el Farmacéutico, proporcionando un incremento en la seguridad a este nivel.
- Mejora en la trazabilidad del proceso.
- Mejora de la eficiencia: optimización de los recursos (gestión de stocks y compras).

MÉTODO

Se proporcionará por parte del servicio de Farmacia Hospitalaria formación adicional y específica a los facultativos del servicio de Oncología Médica en materia de prescripción informatizada y de programación eficiente de los ciclos del plan terapéutico. Se revisarán y adaptarán de forma consensuada protocolos antineoplásicos estandarizados en función del diagnóstico e indicación. Se proporcionará formación específica para el personal de enfermería: confirmación online de la prescripción tras verificación de la situación del paciente en la consulta o analítica del paciente. Impresión de la "Hoja de Administración de tratamiento antineoplásico" para enfermería tras validación Farmacéutica, que contiene la información necesaria para la administración de antineoplásicos: dosis, forma farmacéutica, cuidados específicos, tiempos de infusión, etc.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0741

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION MEDICA, VALIDACION FARMACEUTICA Y ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ANTINEOPLASICOS EN HOSPITAL DE DIA. MEJORA DE LA GESTION Y PLANIFICACION DE LA ACTIVIDAD

- Porcentaje de pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico incluidos en el programa respecto al total de pacientes tratados con quimioterapia oncológica en el hospital desde el inicio del proyecto.
- N° de roturas de stock
- Porcentaje de pacientes oncológicos con programación en el sistema informático respecto del total de pacientes programados en hospital de día.

DURACIÓN

El proceso de implantación del circuito de mejora se llevará a cabo durante el primer semestre 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 - 2018/1002

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA EN COLABORACION CON EL SERVICIO DE FARMACIA PARA LA OPTIMIZACION DEL CIRCUITO DE VACUNAS

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE YARA MARIA ALONSO TRIANA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ ALONSO EDGAR
CALDERON MEZA JOSE MANUEL
NAVARRO DORADO MARIA ANGELES
LAHOZ ROMEO MARIA DEL CARMEN
AGUILAR GASCON YOLANDA
ROCA PONZ ROSA MARIA
FORT JULIAN ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha revisado y actualizado las fichas de las vacunas en el maestro de artículos del programa de Farmatools.

Se han creado en el módulo de pacientes ambulantes (DPA) calendarios de vacunación basados en el protocolo de vacunación de grupos de riesgo implantado en el hospital por el servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Se ha instalado el programa de prescripción electrónica (DPA) en la consulta de Medicina Preventiva con ayuda del servicio Informático.

Se ha formado al personal implicado en el circuito de vacunación en su área concreta de actuación:

Servicio de Medicina Preventiva: médico especialista (prescripción electrónica de protocolos de vacunación) y enfermería (confirmación de día de administración al paciente y registro de visita con anotación de información de interés- lote y caducidad de las vacunas, zona de inyección, efectos adversos, lugar de administración -hospital o centro de salud-)

Servicio de Farmacia: técnicos de farmacia (procedimiento de dispensación de vacunas tras validación farmacéutica, anotando el lote, caducidad y unidades que se dispensen de cada vacuna prescrita) y personal administrativo (imputación del consumo por paciente, vacuna - con lote y caducidad- y unidad.)

El 2 de julio de 2018 se empezó con prescripción y validación electrónica a través de la DPA.

Durante la fase de seguimiento y en base a nuevas directrices de la Dirección General de Salud Pública en calendarios vacunales, se fueron creando nuevos protocolos de vacunación en la DPA y modificando vacunas en los existente por motivos de desabastecimiento con el fin de ofrecer una alternativa al paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con respecto a los indicadores propuestos:

- El 100% de las prescripciones del servicio de Medicina Preventiva se han realizado electrónicamente a través del programa de la DPA. Además, se ha registrado por parte de enfermería información relacionada con el proceso de vacunación (señalada anteriormente en el apartado de actividades) facilitando seguimiento del paciente por parte de Medicina Preventiva y la gestión administrativa por parte de Farmacia.

- Únicamente dos pacientes han sufrido demora en la fecha de administración de vacunas por estar desabastecidas y no disponer de alternativas. Las vacunas implicadas fueron Vagta 50 (retraso de 15 días) y Pneumovax 23 (retraso de 10 días): Media de demora en la administración: 12,5 días. Rango: 5 días.

- Durante el periodo de implantación y seguimiento del proyecto no se han producido alertas de calidad de las vacunas disponibles en el hospital. Aun así, si se produjera dicha situación en un futuro, el doble registro de lotes y caducidades de vacunas, permitiría a Farmacia encontrar rápidamente los pacientes a los que se les hubieran administrado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de la prescripción electrónica en el servicio de Medicina Preventiva ha supuesto una mejora en seguridad al reducirse la probabilidad de error en prescripción, dispensación y administración de las vacunas. Además, ha permitido optimizar la gestión de información al tener registrado en el programa de la DPA el calendario vacunal y datos de interés de cada paciente.

La implantación de la prescripción electrónica también ha permitido que el servicio de Farmacia pueda:

- Tener una previsión de vacunas con varias semanas y en ocasiones meses de antelación mejorando con ello la gestión de stocks al disponer de mayor tiempo para realizar pedidos a laboratorios o peticiones a la DGA de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1002

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA EN COLABORACION CON EL SERVICIO DE FARMACIA PARA LA OPTIMIZACION DEL CIRCUITO DE VACUNAS

Teruel (Departamento de Sanidad) y búsqueda de alternativas frente a desabastecimientos.

- Localizar más rápidamente a pacientes a los que se les hubiera administrado vacunas con lotes afectados por alertas de calidad.

Dado a que las vacunas que sufrieron demora en administración son suministradas por el Departamento de Sanidad de Teruel como medida de control ante desabastecimientos, se deberá de acordar con dicha entidad un circuito que optimice la gestión y envío de vacunas para evitar demoras en futuras administraciones a pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1002 ===== ***

Nº de registro: 1002

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA EN COLABORACION CON EL SERVICIO DE FARMACIA PARA LA OPTIMIZACION DEL CIRCUITO DE VACUNAS

Autores:
ALONSO TRIANA YARA MARIA, FERNANDEZ ALONSO EDGAR, CALDERON MEZA JOSE MANUEL, NAVARRO DORADO MARIA ANGELES, LAHOZ ROMEO MARIA DEL CARMEN, AGUILAR GASCON YOLANDA, ROCA PONZ ROSA MARIA, FORT JULIAN ANA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente la prescripción de vacunas por el servicio de Medicina Preventiva se realiza manualmente desaprovechándose así todo el abanico de opciones que pueden ofrecer las herramientas informáticas disponibles en el Servicio de Farmacia (Farmatools).
La instauración de la prescripción electrónica en el Servicio de Medicina Preventiva supondría una optimización del proceso asistencial del paciente en todos los niveles (prescripción, validación, adquisición, dispensación y administración) traduciéndose en una mejora en seguridad. La gestión de la vacunas será más eficiente al facilitar una rápida actuación frente a alertas de calidad del producto (retirada de lotes afectados, detección rápida de pacientes perjudicados), así como alertas de desabastecimientos al disponer de una previsión de pacientes con varios meses de antelación.
Este proyecto se ve avalado por los buenos resultados obtenidos tras la implantación de la prescripción electrónica en las áreas de Oncología Médica, Hematología, Reumatología, Digestivo y Dermatología (años 2014 al 2016).

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la trazabilidad del proceso.
- Previsión de stocks necesarios de vacunas (mayor margen de actuación en situaciones de desabastecimiento al disponer programación de pacientes y tipo de vacuna).
- Mejora en el proceso de prescripción médica.
- Mejora en el proceso de validación farmacéutica.
- Reducción de probabilidad de error en prescripción, dispensación y administración.

MÉTODO
- Revisión y configuración del Maestro de Artículos (Farmatools®).
- Configuración del programa informático de Gestión de Pacientes Ambulantes (Farmatools®).
- Prescripción médica electrónica.
- Validación farmacéutica electrónica.
- Gestión del stock de vacunas e imputación del consumo por paciente, fármaco y unidad.
- Gestión de alertas de desabastecimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1002

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA EN COLABORACION CON EL SERVICIO DE FARMACIA PARA LA OPTIMIZACION DEL CIRCUITO DE VACUNAS

- Gestión de alertas de calidad.

INDICADORES

- Nº de prescripciones médicas electrónicas de vacunas del servicio de Medicina Preventiva *100/ Total de prescripciones médicas de vacunas del servicio de Medicina Preventiva.
- Media y rango de días de demora en la administración de una vacuna (o alternativa) a un paciente ante problemas de desabastecimiento. (Rango= demora mínima-demora máxima)
- Media y rango de días de demora en la retirada de vacunas con alertas de calidad.

DURACIÓN

Junio 2018: Configuración del programa informático Farmatools® (Maestro de Artículos y Gestión de Pacientes Ambulantes), Instalación del programa en los ordenadores de la consulta y formación del personal implicado.
Julio 2018: Implantación de la prescripción y validación electrónica.
Julio 2018 - enero 2019: Seguimiento e instauración de mejoras.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0727

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE LUIS IGNACIO SANCHO VAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PARICIO MORENO MIGUEL
GAVIN BLANCO OLGA
RIOS GARCIA ISABEL
PELLICER PIQUER ANA
MOROS GARCIA MARIA JESUS
AYORA RUBIO RAQUEL
UBEDA PEREZ FRANCISCO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó curso de formación para todo el personal implicado en el acto transfusional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con la implantación del sistema Gricode, se ha conseguido que aproximadamente un 99% de las transfusiones se realicen con dicho sistema. Ello ha conllevado una importante mejora de la trazabilidad transfusional, con la consiguiente disminución de reacciones adversas (mejora de la hemovigilancia). No se ha notificado ninguna reacción transfusional grave desde su implantación. Actualmente, se puede consultar dicha trazabilidad en la intranet del Hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Sólo queda por mejorar, el tratado estadístico de los datos que se manejan con dicho sistema,, siendo este un objetivo menor, ya que el resto de objetivos principales se han alcanzado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/727 ===== ***

Nº de registro: 0727

Título
IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL

Autores:
SANCHO VAL IGNACIO, PARICIO MORENO MIGUEL, GAVIN BLANCO OLGA, RIOS GARCIA ISABEL, PELLICER PIQUER ANA, MOROS GARCIA MASCARAQUE MARIA JESUS, AYORA RUBIO RAQUEL, UBEDA PEREZ FRANCISCO JOSE

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: hemoterapia
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Hemovigilancia es el conjunto de procedimientos organizados de vigilancia de los efectos o reacciones adversas que puedan aparecer a lo largo de la cadena transfusional. Consiste en la detección, recogida y análisis de la información sobre los efectos adversos e inesperados, desde la selección del donante, extracción, procesamiento y análisis de la sangre, hasta la distribución y administración final de cualquiera de los componentes sanguíneos y el seguimiento de los receptores. El fin es prevenir y tratar su aparición o recurrencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0727

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL

RESULTADOS ESPERADOS

Asegurar la trazabilidad de los componentes sanguíneos, es decir, tener la capacidad de identificar tanto al receptor de cada componente sanguíneo, como a todos los donantes que han intervenido en la transfusión de un determinado paciente.

MÉTODO

Implantación de sistema de hemovigilancia Gricode en todas las plantas del Hospital, así como en Sº de Urgencias, quirófanos y Hospital de Día.
Curso de formación tanto a médicos como a personal de enfermería y técnicos de laboratorio.
Procesamiento de datos recogidos con sistema Gricode para uso investigacional.

INDICADORES

Nº de transfusiones registradas con sistema Gricode.
Notificación de eventos adversos.
Reducción de incidentes transfusionales.

DURACIÓN

Inicio: Enero 2018
Finalización: Diciembre 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 - 2018/0727

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE LUIS IGNACIO SANCHO VAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PARICIO MORENO MIGUEL
GAVIN BLANCO OLGA
RIOS GARCIA ISABEL
PELLICER PIQUER ANA
MOROS GARCIA-MASCARAQUE MARIA JESUS
AYORA RUBIO RAQUEL
UBEDA PEREZ FRANCISCO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó curso de formación a todo el personal del Hospital implicado en el acto transfusional, entregándose diploma acreditativo, previo a la implantación física de Sistema Gricode.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se utiliza el sistema de trazabilidad y seguridad transfusional en prácticamente el 100 % de las transfusiones realizadas en nuestro centro, reduciéndose el número de eventos adversos asociados a la transfusión. Desde su implantación, no se ha notificado ninguna incidencia al servicio de hemovigilancia del Banco de Sangre y Tejidos de Aragón.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Actualmente, el sistema se encuentra totalmente implantado, quedando pendiente solamente la mejora del manejo estadístico de los datos recibidos en cada acto transfusional.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/727 ===== ***

Nº de registro: 0727

Título
IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL

Autores:
SANCHO VAL IGNACIO, PARICIO MORENO MIGUEL, GAVIN BLANCO OLGA, RIOS GARCIA ISABEL, PELLICER PIQUER ANA, MOROS GARCIA MASCARAQUE MARIA JESUS, AYORA RUBIO RAQUEL, UBEDA PEREZ FRANCISCO JOSE

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: hemoterapia
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Hemovigilancia es el conjunto de procedimientos organizados de vigilancia de los efectos o reacciones adversas que puedan aparecer a lo largo de la cadena transfusional. Consiste en la detección, recogida y análisis de la información sobre los efectos adversos e inesperados, desde la selección del donante, extracción, procesamiento y análisis de la sangre, hasta la distribución y administración final de cualquiera de los componentes sanguíneos y el seguimiento de los receptores. El fin es prevenir y tratar su aparición o recurrencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0727

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL

RESULTADOS ESPERADOS

Asegurar la trazabilidad de los componentes sanguíneos, es decir, tener la capacidad de identificar tanto al receptor de cada componente sanguíneo, como a todos los donantes que han intervenido en la transfusión de un determinado paciente.

MÉTODO

Implantación de sistema de hemovigilancia Gricode en todas las plantas del Hospital, así como en Sº de Urgencias, quirófanos y Hospital de Día.

Curso de formación tanto a médicos como a personal de enfermería y técnicos de laboratorio.

Procesamiento de datos recogidos con sistema Gricode para uso investigacional.

INDICADORES

Nº de transfusiones registradas con sistema Gricode.

Notificación de eventos adversos.

Reducción de incidentes transfusionales.

DURACIÓN

Inicio: Enero 2018

Finalización: Diciembre 2018

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 - 2018/0812

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO CON NOVOSEVEN® (EPTACOG ALFA-FACTOR VII ACTIVADO) EN LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA MUY GRAVE Y/O COMPROMISO VITAL

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE MIGUEL PARICIO MORENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHO VAL LUIS IGNACIO
PERDIGUER RODRIGUEZ LUIS ANTONIO
GOMEZ ARA ANA
ALCAINE CHAURE FERNANDO
CRUZ LOPEZ ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización del protocolo de utilización de Novoseven junto con el consentimiento informado. Difusión del protocolo en todo el hospital, fundamentalmente en área quirúrgica-anestesia y urgencias. Se han revisado los resultados y el conocimiento del protocolo por los distintos servicios trimestralmente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Reducción del uso de hemocomponentes en situaciones de sangrado grave vital en un 71,3% y del uso de otros concentrados de factores en un 68,1%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El uso de Novoseven siguiendo las indicaciones protocolizadas supone un ahorro de recursos en hemorragias graves o con compromiso vital. Muy implantado en los servicios de Urgencias y Anestesia. Queda pendiente insistir en su aplicación o disponibilidad para su uso en otros servicios hospitalarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/812 ===== ***

Nº de registro: 0812

Título
PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO CON NOVOSEVEN® (EPTACOG ALFA-FACTOR VII ACTIVADO) EN LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA MUY GRAVE Y/O COMPROMISO VITAL

Autores:
PARICIO MORENO MIGUEL, SANCHO VAL IGNACIO, PERDIGUER RODRIGUEZ LUIS ANTONIO, GOMEZ ARA ANA, ALCAINE CHAURE FERNANDO, CRUZ LOPEZ ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Debido a ser un uso fuera de indicación de ficha técnica del fármaco, se busca la unificación de criterios de uso siguiendo los estándares publicados hasta la fecha así como la disponibilidad de un consentimiento informado de manera rápida. Así mismo, debido al incremento del uso de fármacos anticoagulantes de acción directa, el sangrado como efecto adverso de estos medicamentos tiene un manejo más complicado en situaciones de urgencias, y más en situaciones de riesgo vital, por lo que conviene tener establecido el uso más apropiado de todas las armas terapéuticas.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0812

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO CON NOVASEVEN® (EPTACOG ALFA-FACTOR VII ACTIVADO) EN LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA MUY GRAVE Y/O COMPROMISO VITAL

Se dirige a toda la población, ya que cualquiera puede presentar sangrados de muchas etiologías susceptibles de compromiso vital.

El objetivo es en primer lugar conseguir el mayor éxito terapéutico revirtiendo la situación grave o crítica del paciente con los menores efectos adversos posibles.

Otro objetivo es el ahorro en el uso de hemoderivados y evitando los posibles efectos secundarios de su administración.

La mayor parte de estas situaciones se encuentran en los servicios de Urgencias y en Quirófano.

MÉTODO

Se está realizando un protocolo que incluye información a cerca del fármaco, recomendaciones en su utilización y un consentimiento informado para poder entregar.

Se ha distribuido entre los servicios dónde es más probable su uso en las condiciones descritas, estando disponible para todo aquél que lo desee solicitándolo al servicio de Hematología.

INDICADORES

- Reducción del uso de hemocomponentes en sangrados masivos o compromiso vital.
- Reducción del uso de otros concentrados de factores.

DURACIÓN

1 año.

Se revisa cada trimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0157

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES SANITARIOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE ANGEL DELGADO PASCUAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. HOSPITALIZACION A DOMICILIO
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALEZ GUIJARRO MARTA
MUÑOZ MUNIESA MIGUEL ANGEL
ABELLA PEREZ CRISTINA
MORENO PARRA NATALIA
ALQUEZAR CIVERA MANUELA
OYOLA CARMONA DAVID
RUILOPEZ HERRERO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un manual de acogida para profesionales sanitarios que contiene la siguiente información:

- Definición de la unidad.
- Funcionamiento del servicio.
- Material que se entrega a los pacientes.
- Funciones de enfermería por turnos.
- Ferro-terapia: Preparación y administración del fármaco.
- Consentimiento informado de ingreso en el servicio.
- Administración de inmunoglobulina humana intravenosa.
- Fármacos más habituales en domiciliaria.
- Manejo de las bombas elastoméricas.
- Manejo de la bomba CADD-Legacy plus.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración de una guía práctica y de fácil manejo, destinada al trabajador sanitario que vaya a prestar sus servicios en esta unidad del hospital de Alcañiz.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con dicho manual e profesional que se incorpore a la unidad, va a ser conocedor de las características y peculiaridades del servicio, facilitando su rápida adaptación al mismo.
Con ello pensamos que hemos aumentado la seguridad de los pacientes al disminuir los errores que se pudieran producir por el desconocimiento de la metodología de trabajo de la unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/157 ===== ***

Nº de registro: 0157

Título
MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES SANITARIOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO

Autores:
DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL, GONZALEZ GUIJARRO MARTA, MUÑOZ MUNIESA MIGUEL ANGEL, ABELLA PEREZ CRISTINA, MORENO PARRA NATALIA, ALQUEZAR CIVERA MANUELA, OYOLA CARMONA DAVID, RUIZLOPEZ HERRERO YOLANDA

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: HOSPITALIZACION A DOMICILIO
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0157

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES SANITARIOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO

PROBLEMA

Tras estudio de la situación se aprecia que al tratarse de un Servicio nuevo, incluido recientemente en al cartera de servicios, del Hospital de Alcañiz, hay un desconocimiento y muchas dudas entre los profesionales de dicho centro sanitario, entorno a la organización y metodología de trabajo d e la Unidad.
Por lo que creemos necesario la realización de un Manual de Acogida, de manera que el profesional de nueva incorporación en el mismo, sea conocedor de las características y piculiaridades de dicho servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaboración del Manual de Acogida.

MÉTODO

- Realizar un Manual de acogida que contenga:
 1. Inforamción realtiva al Hospital de Alcañiz.
 2. Información específica de la Unidad.
- Uniforme propio del Servicio.
- Reparto de las cargas de trabajo.
- Tipos de pacientes y lugar de procedencia al ingreso.
- Como hacer el ingreso y el material suministrado al paciente
- Manejo de las bombas volúmetricas y elastómericas.
- Fármacos más utilizados en domiciliaria, preparación y manejo.
- Modo de registro en la HCE.
- Administración de hemoderivados (en domicilio).

Se entregará un Recibí a todo el personal e nueva incorporación en el servicio, cuando se le facilite el Manual de Acogida.

INDICADORES

- Realización del Manual de Acogida. Indicador dicotómico SI/NO.
 - Recibí al personal de nueva incorporación al servicio.
- Nº de recibis totales/ Nº contratos totales en el servicio.

DURACIÓN

A lo largo 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 - 2018/0318

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE PROTECCION A LA EMBARAZADA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE JULIA ROYO ANADON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ ROYO EMILIA
PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS
LOPEZ SANCHO JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado el procedimiento de atención a la trabajadora embarazada en el Sector Alcañiz. Para ello se creó un grupo de trabajo específico que recopiló la normativa vigente y las instrucciones de la Unidad Central de Prevención de Riesgos y de M.A.Z. A partir del primer borrador se han realizado 5 reuniones con los grupos de interés relacionados con el protocolo.

En este protocolo, la realización del Certificado de Empresa pasa a ser tarea exclusiva de la persona-s designadas por el Departamento de Personal, y, de este modo, las Direcciones del Sector únicamente tiene que contestar al correo de consulta que les envían desde Personal, lo que agiliza considerablemente los trámites.

- El protocolo se ha colgado en la intranet, junto con los formularios que hay que rellenar.
- El protocolo se ha difundido mediante formación en el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 2018 y el 15 de Febrero de 2019, dirigida al Departamento de Personal, Dirección de Gestión, Directores Médicos y Directoras de Enfermería de Atención Primaria y del Hospital.
- La evaluación se ha realizado mediante encuesta de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el periodo comprendido entre el 15 de septiembre de 2018 y el 15 de febrero de 2019, se registraron trece trabajadoras embarazadas a las que se le aplicó el protocolo. Se realizó encuesta de satisfacción que se envió por e-mail en una primera oleada y ante la baja tasa de respuestas, se completó mediante encuesta telefónica, obteniendo finalmente una tasa de respuesta del 100% (13 encuestas; 3 recibidas y 10 por encuesta telefónica). Una vez recogidos y estudiados los datos de cada encuesta, se obtienen los siguientes resultados:

- 1- En cuanto a la información recibida del Servicio de Prevención, el promedio de satisfacción es de 8,7 (con respecto a un máximo de 10).
- 2- En lo que se refiere a la información y documentación recibida del Departamento de Personal, dicho promedio es de 7,8.
- 3- Por lo que respecta a la Información recibida de Mutua, el promedio es de 8.
- 4- Sólo hay 2 comentarios: Uno que dice que la Mutua tarda mucho en contestar y otro que solicita que se le dé, desde Mutua, una información más concreta de las semanas a las que se le concede la prestación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque no tenemos datos previos, el nuevo procedimiento resulta satisfactorio para las trabajadoras que lo han experimentado, tanto en la información por parte del Servicio de Prevención, como por parte del Departamento de Personal y de Mutua.

Se ha agilizado la comunicación del Médico del Trabajo al Departamento de Personal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/318 ===== ***

Nº de registro: 0318

Título
PROCEDIMIENTO DE PROTECCION A LA TRABAJADORA EMBARAZADA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:
ROYO ANADON JULIA, PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS, LOPEZ SANCHO JOSE MARIA, PEREZ ROYO EMILIA

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: EMBARAZADAS TRABAJADORAS SANAS
Línea Estratégica .: Otras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0318

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE PROTECCION A LA EMBARAZADA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad, tenemos un procedimiento de actuación para las trabajadoras embarazadas del Salud, en el que no se especifica los trámites a seguir en cada uno de los apartados. Nuestro fin, es elaborar un procedimiento de actuación en los cuales la trabajadora sepa en todo momento a quien acudir y donde dirigirse para solicitar los distintos documentos de dicho procedimiento.
También los responsables de la tramitación deben conocer dicho procedimiento y modo de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaborar un procedimiento de actuación (de la trabajadora, de su inmediato superior jerárquico, del servicio PRL y de la Gerencia del Sector).
- Incluir dentro del procedimiento todos los distintos documentos que necesita la trabajadora para solicitar la valoración del riesgo de su puesto en relación con su embarazo y/o prestación económica si procede.
- Realizar dicho procedimiento y colgarlo en nuestra Intranet del Salud, para el conocimiento de todo el personal.
- Formación con el personal para dar a conocer dicho procedimiento.

MÉTODO

1. Recopilación de la normativa vigente y las Instrucciones de Unidad Central de Prevención de Riesgos y de M.A.Z Mutua.
2. Elaboración de un protocolo de actuación en colaboración con la Dirección y el Departamento de Personal.
3. Se llevarán a cabo reuniones con (Director de Gestión y trabajadores del departamento de Personal), para la elaboración del mismo.
4. Formar al personal que interviene en alguna de las fases de este procedimiento.
5. Difusión de dicho documento en la Intranet del Salud.

INDICADORES

- Elaboración del procedimiento de protección a la trabajadora embarazada (SI/NO).

DURACIÓN

Anual, a lo largo de tres meses, se realizará la elaboración del documento.
Implantación del mismo, en los meses de octubre, noviembre y diciembre. Revisión a lo largo del periodo para su 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 - 2018/0075

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ESTER ARTAJONA RODRIGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TURON ALCAINE JOSE MARIA
SALAS ALCANTARA MARIA
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA
GARCIA LOPEZ ANA
VICENTE MARTINEZ MARIA PILAR
ALASTRUE DEL CASTAÑO VIOLETA
REAL CORDERO ESPERANZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una evaluación de las sedaciones paliativas efectuadas en el período entre Mayo a Octubre de 2018 en el Hospital de Alcañiz. Fueron 8 pacientes, de los cuales solo se pudo acceder a la historia clínica de 6. Aunque en todos ellos constaba información de la autorización por la familia de medidas de confort y limitación del esfuerzo terapéutico, en un 50 % de los pacientes con historia disponible no se consiguió identificar de forma clara e inequívoca la autorización para la sedación paliativa. En todos los pacientes constaba el síntoma refractario, y se encontró registro de objetivo de sedación en el 60% de los pacientes. En 3 de los pacientes no hubo lugar para la verificación del cumplimiento de objetivo dado que fallecieron en el mismo día. En el resto no se encontró registro de cumplimiento de objetivo de sedación.

Tras esta primera evaluación se realizaron en el mes de Abril tres sesiones clínicas en el hospital:

o Día 9: El grupo de trabajo de enfermería del hospital en cuidados paliativos presentó a enfermería el procedimiento de cuidados paliativos del hospital. Posteriormente se realizó una sesión en cada planta del hospital

o Día 16. Adecuación y esfuerzo terapéutico.

o Día 30. Protocolo de sedación (colgado en la intranet del sector)

En cuanto a Atención Primaria no se pudieron obtener registros directos de atención primaria dado que no existe en OMI-AP el diagnóstico de sedación paliativa. A partir de los registros de ESAD se comprueba que se ha realizado sedación en 12 pacientes en el último trimestre de 2018. Se comprobó que en el 100% de los casos constaba el registro del consentimiento verbal para la sedación paliativa. En el 75% de los pacientes sedados se identifica con claridad el síntoma refractario, siendo la disnea el más frecuente. No se ha registrado en ningún caso la objetivo de la sedación ni el cumplimiento del objetivo.

Como acción de mejora, se presentó el procedimiento de sedación paliativa en todos los centros de salud por parte del ESAD y se ha colgado el procedimiento en la intranet del sector (Octubre a Diciembre de 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras esta intervención hemos procedido a reevaluar, esta vez hemos evaluado los pacientes que llevaron sedación paliativa en el hospital en el período comprendido entre el 1 de Octubre y el 31 de Diciembre de 2019. En este período recibieron sedación paliativa 27 pacientes, de los que se pudo acceder a la Historia clínica en 24, lo que supone que se han triplicado los pacientes en tratamiento respecto a los resultados del año anterior (y en 2018 se evaluó un mes más que en 2019).

Respecto a los indicadores un 70,8% constaba el registro inequívoco del consentimiento de la familia para la sedación paliativa, en un 75% de los pacientes constaba el síntoma refractario, mientras que el objetivo de sedación constaba en un 45,8% y el cumplimiento del objetivo en un 66% (hay que tener en cuenta que 5 pacientes fallecieron en el mismo día y no se pudo evaluar este indicador).

Comparado con los resultados iniciales observamos que se ha triplicado el número de pacientes en tratamiento con sedación paliativa, aunque se ha empeorado en los indicadores de consentimiento informado, objetivo de sedación y síntoma refractario, mejorando el de cumplimiento del objetivo. Al interpretar estos resultados hay que tener en cuenta que buena parte de los incumplimientos se han dado durante las tardes-noches en los registros del personal de guardia, mientras que en la primera evaluación fueron registros del servicio de medicina interna en su integridad.

No se ha evaluado atención primaria porque solo han pasado dos meses desde la intervención.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto está en plena implementación. Por el momento es evidentes que tras la intervención en el hospital han aumentado considerablemente el número de pacientes sedados, aunque la calidad del registro ha empeorado, algo sobre lo que tendremos que actuar en el próximo año. En cualquier caso, es esperable que, si se van incorporando a la actividad nuevos profesionales, la variabilidad aumente. La forma ideal de asegurar el registro sería la creación de un formulario de sedación paliativa en historia clínica electrónica. Estamos pendientes del efecto de la intervención en atención primaria, donde vamos a tener los mismos problemas con el registro electrónico.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0075

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

*** ===== Resumen del proyecto 2018/75 ===== ***

Nº de registro: 0075

Título
PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

Autores:
ARTAJONA RODRIGO ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad no existe procedimiento de sedación paliativa en el paciente terminal en el Sector de Alcañiz. En el ámbito de Atención Primaria, en general se desconocen los métodos de sedación paliativa. Además, dada la controversia legal que ha habido en el pasado reciente, suele pasarse de puntillas sobre este aspecto. En la actualidad, solo ESAD realiza métodos de sedación paliativa en atención primaria en nuestro sector, y los médicos desconocen las pautas de ajuste de la medicación prescrita. Existe amplio espacio de mejora en el cuidado de los pacientes con síntomas refractarios al final de la vida.
En el ámbito del Hospital la no existencia de protocolo creemos que origina variabilidad en la práctica clínica.

RESULTADOS ESPERADOS
Ofrecer sedación paliativa a los pacientes con enfermedad terminal con síntomas refractarios con intenso sufrimiento físico-psíquico con arreglo a un protocolo que incluye la revisión del marco ético y legal aplicable.

MÉTODO
Se ha elaborado un procedimiento de sedación del sector, con instrucciones para atención primaria y especializada. La Unidad de cronicidad, ESAD y Atención Primaria van a proceder a la elaboración de un plan de formación de sector. El procedimiento incluye:
- La identificación del paciente terminal, definición de síntoma refractario, diferenciación entre sedación paliativa y sedación de agonía.
- Consentimiento informado
- Definición del nivel de sedación objetivo
- Protocolo terapéutico propiamente dicho
- Registros específicos

INDICADORES
% de centros de salud que han recibido formación en sedación paliativa (Objetivo: 100%)
% de pacientes que han recibido sedación terminal en los que consta registro del consentimiento informado en la historia clínica (Objetivo >95%)
% de pacientes sedados en los que se identifica de forma inequívoca el síntoma refractario (Objetivo >95%)
% de pacientes sedados en los que consta la cumplimentación del registro de inducción (objetivo >95%)
% de familiares satisfechos/muy satisfechos con la sedación (Objetivo > 80%)

DURACIÓN
El protocolo ya ha sido elaborado
Marzo-Mayo: Difusión del protocolo
Enero 2019. Evaluación

OBSERVACIONES
A la hora de evaluar indicadores surgen muchas dudas sobre su factibilidad en Atención Primaria, partiendo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0075

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

del hándicap de la identificación de pacientes con sedación paliativa dado que no existe registro específico en Historia Clínica electrónica.
Tampoco vamos a poder incluir los registros en OMI-AP por lo que tendrán que ser en papel. Para la evaluación elaboraremos una búsqueda de pacientes con diagnóstico de paciente terminal (A99) investigando el registro de sedación paliativa en campo texto, para proceder después a auditar las historias clínicas de papel. Con este método tenemos una importante incertidumbre sobre la viabilidad de la obtención de indicadores fiables. Vamos a proponer un listado de pacientes con sedación paliativa en cada centro de salud. En el hospital de realizará registro específico.

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0286

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR UN GESTOR DE PETICION DE CAMA EN HAD DESDE A. PRIMARIA PARA EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE FRANCISCO MARCILLA CORDOBA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASCON MARTIN ALEJANDRO
ALASTRUE DEL CASTAÑO VIOLETA
RECHE SABATER ALBERTO
MOLIAS FERRER JAVIER
MARTIN LORENTE ANGEL
ALTABAS ALCON ADRIAN
LACUEVA PORTOLES PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Aplicación informática desarrollada. Aplicación informática conectada a base de datos/OMI. En fase de pruebas del desarrollo de la aplicación informática
El desarrollo de la historia electrónica de Aragón y la necesidad que hemos tenido de migrar a otra base de datos para poder conectarnos a OMI, ha retrasado el inicio del uso de la aplicación. Adjuntamos en cuadro adjunto el desarrollo de la aplicación informática.
Se prevé inicio de uso de aplicación en marzo de 2019, para disponer de primeros indicadores en verano de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Número de ingresos directos desde A. Primaria desde la implantación del gestor, comparado con el año previo, antes de disponer del gestor: sin datos
Porcentaje de ingresos que proceden de A. Primaria no superen el 10%: sin datos
índice de satisfacción de los Médicos de A. Primaria con el Gestor: sin datos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El desarrollo informático es pieza clave para que finalmente dispongamos de una herramienta útil, de fácil uso y que permita solucionar problemas de forma diligente. El buen desarrollo de la aplicación junto con una buena conexión con OMI y con nuestra base de datos ha sido fundamental. Esperamos tener resultados en breve. Si la experiencia es satisfactoria, podrá extenderse a la Atención Especializada también, con unas pequeñas modificaciones.

7. OBSERVACIONES.
Desarrollo de la aplicación: (no permite adjuntar imágenes)

Caso de uso: solicitar ingreso en HaD.
Actor principal: médico primaria.
Actor secundario: médico HaD.
Ámbito: interconsulta HaD.
Nivel objetivo: usuario.
Stakeholders e intereses:
Médico primaria: quiere solicitar ingreso en HaD, es el que pone en marcha el mecanismo.
Médico HaD: quiere que le lleguen las solicitudes de pacientes.
Precondición: el médico primaria se debe haber identificado en el sistema con su usuario y clave de Active Directory del Salud.
Garantías de éxito: el sistema registrará la solicitud del paciente que ha hecho el médico de cabecera en la base de datos interna del sector de Alcañiz.
Escenario principal de éxito:
1. Médico de primaria busca paciente.
2. Médico primaria elige paciente.
3. Médico primaria rellena formulario con los datos del paciente rellenos automáticamente.
4. Los datos se guardan en el sistema.
Extensiones
2a. El médico de primaria no encuentra el paciente.
2a1. Rellenar los datos manualmente.

Caso de uso: Médico HaD aprueba solicitud pendiente.
Actor principal: médico HaD.
Actor secundario: médico primaria.
Ámbito: interconsulta HaD.
Nivel objetivo: usuario.
Stakeholders e intereses:
Médico primaria: quiere ver la valoración del médico de HaD.
Médico HaD: quiere realizar la valoración de los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0286

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR UN GESTOR DE PETICION DE CAMA EN HAD DESDE A. PRIMARIA PARA EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Precondición:

El médico HaD se debe haber identificado en el sistema.

Debe haber solicitudes de pacientes hechas por algún médico de primaria.

Garantías de éxito: el sistema registrará la valoración hecha por el médico de HaD.

Escenario principal de éxito:

1. Médico HaD consulta valoraciones pendientes.
2. El sistema le devuelve el listado de solicitudes con los pacientes.
3. Médico HaD elige una solicitud.
4. El sistema muestra la información de la solicitud.
5. Médico HaD aprueba el ingreso en HaD.
6. La notificación se guardar en el sistema.

Extensiones

2a. El médico de primaria no encuentra el paciente.

2a1. Rellenar los datos manualmente.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/286 ===== ***

Nº de registro: 0286

Título
IMPLEMENTAR UN GESTOR DE PETICION DE CAMA EN HAD DESDE ATENCION PRIMARIA (AP) PARA EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Autores:
MARCILLA CORDOBA FRANCISCO, GASCON MARTIN ALEJANDRO, ALASTRUE CASTAÑO VIOLETA, RECHE SABATER ALBERTO, MOLIAS FERRER JAVIER, MARTIN LORENTE ANGEL, ALTABAS ALCON ADRIAN, LACUEVA PORTOLES PILAR ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Múltiples patologías
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Hospitalización a Domicilio (HaD) es un género de hospitalización alternativo a la Hospitalización Convencional que presenta ventajas tanto para los pacientes que ingresan en ella (se benefician de la comodidad de su entorno habitual y disminuye los efectos adversos relacionados con la hospitalización convencional), y para la institución, al liberar camas de Urgencias y de las plantas de hospitalización.

En la actualidad, en el Hospital de Alcañiz, los pacientes pueden ingresar en HaD desde el área de Urgencias, desde las Consultas Externas y desde las camas de hospitalización, pero no directamente desde AP.

Tras tres años de funcionamiento hemos observado que existen pacientes que podrían ingresar directamente desde su domicilio en las camas de HaD, sin que fuera necesario su derivación previa al Servicio de Urgencias; serían pacientes seleccionados, que necesariamente precisan cuidados de rango hospitalario, que se encuentran estables y que por su condición e idiosincrasia, su derivación al Servicio de Urgencias supone un impacto negativo en su calidad de vida.

En el último año hemos recibido peticiones directas desde AP, generalmente por vía telefónica, realizando el ingreso directo desde el domicilio. Sin embargo, la vía telefónica es poco funcional y dificulta que la oportunidad de un ingreso directo, pueda llegar a todos.

RESULTADOS ESPERADOS

Facilitar el proceso de solicitud de ingreso en Hospitalización a Domicilio y permitir el ingreso de pacientes procedentes de AP, directamente desde su domicilio, evitando la actual imprescindible derivación a Urgencias. Evitaremos desplazamientos de pacientes frágiles, contribuiremos a descongestionar Urgencias, e incrementaremos la ocupación del servicio de HaD que está menos congestionado.

MÉTODO

Establecer de unos criterios de derivación directa desde Atención Primaria a Hospitalización de Domicilio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0286

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR UN GESTOR DE PETICION DE CAMA EN HAD DESDE A. PRIMARIA PARA EL SECTOR DE ALCAÑIZ

(ver archivo adjunto).

Creación de un Gestor de petición de ingreso en Hospitalización a Domicilio (HaD), de acceso desde la intranet del Sector (para A. Primaria). El Gestor de petición tiene la finalidad de facilitar el proceso de solicitud de ingreso en Hospitalización a Domicilio y permitir el ingreso de pacientes procedentes de Atención Primaria (pacientes ubicados en su domicilio) para evitar que dichos pacientes tengan que acudir a Urgencias. Se trata de un modelo de formulario de fácil cumplimentación que reúne toda la información importante para que el equipo de HaD pueda tener conocimiento y decidir si el paciente puede ingresar en la Unidad.

Las potenciales ventajas del Gestor de Petición de ingreso son las siguientes:

Ventajas para el equipo de HaD: disponer de forma instantánea de la información necesaria para saber si un paciente puede beneficiarse de ingreso en HaD; organizar más eficientemente nuestro trabajo; maximizar el tiempo de conducción para atender el mayor número de pacientes, recorriendo el menor número de Km posibles; mejorar el índice de ocupación, al facilitar el acceso al recurso.

Ventajas para los Médicos de A. Primaria que solicitan el ingreso de un paciente en la Unidad: acceso fácil a un recurso diferente de enviar al paciente al Servicio de Urgencias; descongestionar el Servicio de Urgencias; evitar duplicar el trabajo; poder realizar la petición a cualquier hora del día o de la noche, de forma rápida y fácil, sin ser necesario llamar por teléfono.

Ventajas de los Pacientes: que los pacientes debilitados o en situación de fragilidad extrema, no tengan que desplazarse al Servicio de Urgencias; acceso universal al recurso; disminuir la los efectos adversos de la hospitalización convencional.

Ventajas institucionales: calidad: conocer el número de solicitudes que se rechazan y el motivo; organización: conocer la presión asistencial por meses y así aplicar el protocolo de reducción de camas (y personal) de forma más eficiente; maximizar los recursos Humanos; mejorar índice de ocupación de HaD; liberar camas del hospital; evitar la sobresaturación de Urgencias.

INDICADORES

- 1) N° de ingresos directos desde AP desde la implantación del gestor, comparado con el año previo, antes de disponer del gestor.
 - Año 2017: 392 ingresos y 6 procedentes de AP (1,5%)
 - Objetivo tras implantación del gestor: llegar al 5%
- 2) % de ingresos que proceden de AP no superen el 10%
 - Para evitar los ingresos inadecuados en HaD (ingresos que podrían evitarse con un manejo desde A. Primaria).
- 3) Grado de satisfacción de los Médicos de A. Primaria con el Gestor.
 - Encuesta por correo electrónico
- 4) Índice de Ocupación de HaD
 - IO HaD durante 2017: 63,52% • Tras implantación del Gestor superar el 65% de ocupación, sobre todo en los meses de poca presión asistencial (mayo a octubre)

DURACIÓN

- Diseño del formulario con los datos a recoger: ya realizado
- Elaboración del programa informático: Abril-Julio 2018
- Difusión del programa en Atención Primaria: Julio-Septiembre 2018
- Inicio uso del programa: Septiembre 2018
- Explotación de información estadística: 1º corte en Diciembre de 2018; 2º corte en Septiembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0410

1. TÍTULO

COORDINACION EN EL SEGUIMIENTO AL PACIENTE VIH, APOYO EN EL CIRCUITO ASISTENCIAL

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE CARMEN NURIA PIQUERAS SERRANO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCANIZ
- Localidad ALCANIZ
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MUÑOZ BERNAD TAMARA
DEL BUSTO CABREJAS TERESA
RUIZ MARISCAL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han citado con fecha concreta de analítica y posterior visita desde la consulta a todos los pacientes (48 visitas) evitando así la falta de coordinación previa. Se les ha enviado cita por carta desde la consulta de Medicina Interna con fecha fija de analítica y carta desde citaciones generales con fecha concreta de visita.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Menos en dos casos, todos los pacientes han acudido a la consulta con los resultados de las analíticas realizadas un mes antes, de esta forma hemos podido optimizar mejor en número de visitas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para los pacientes la medida ha sido acogida con gran aceptación y en ocasiones "alivio" pues les resulta mucho más fácil seguir así el circuito asistencial. Hemos comprobado que cualquier medida encaminada a facilitar el cumplimiento en las visitas es muy bien recibida y los "reconcilia" con el sistema asistencial.

7. OBSERVACIONES.

Ha sido imprescindible la colaboración con enfermería de la consulta y del laboratorio de Hematología para poder llevar a cabo la iniciativa.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/410 ===== ***

Nº de registro: 0410

Título
COORDINACION EN EL SEGUIMIENTO AL PACIENTE VIH, APOYO EN EL CIRCUITO ASISTENCIAL

Autores:
PIQUERAS SERRANO CARMEN NURIA, MUÑOZ BERNAD TAMARA, DEL BUSTO CABREJAS TERESA, SANCHO VAL IGNACIO, RUIZ MARISCAL MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INFECCION VIH
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es muy frecuente que la limitación idiomática y el complicado circuito de nuestro hospital provoque que los pacientes vengan sin la analítica realizada, o realizada pero sin CD4 ni carga viral, lo que se traduce en duplicidades en el número de visitas, retraso en la toma de decisiones y muchas veces en más pruebas innecesarias.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Coordinar las citas de laboratorio (las determinaciones necesarias para el seguimiento de estos pacientes como poblaciones linfocitarias o CD4 y carga viral solo se realizan un día a la semana y se envían a laboratorio de referencia de HUMS) junto con la cita, al menos un mes después, en la consulta
2. Citar al paciente para analítica desde la propia consulta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0410

1. TÍTULO

COORDINACION EN EL SEGUMINETO AL PACIENTE VIH, APOYO EN EL CIRCUITO ASISTENCIAL

3. Reducir la carga que supone el "circuito asistencial" para el paciente, evitando errores administrativos

MÉTODO

Para evitarlo estamos intentando coordinar las citas de extracciones desde la propia consulta, nos hemos comprometido a citar a todos los pacientes VIH desde la propia consulta de Medicina, siendo enfermería de consulta quien se desplace al laboratorio de extracciones para incluirlos con fecha concreta de esta forma ese mismo día de la visita salen ya con fecha de analítica o bien por carta con fecha de analítica y visita en el mes siguiente.

De esta manera se pretende facilitar el circuito, evitar repetición de pruebas innecesarias así como visitas.

INDICADORES

Medir número de pacientes VIH que acuden a la consulta con analítica al menos un mes antes de la implantación del sistema de citación desde la propia consulta.

DURACIÓN

Junio 2018- Junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0726

1. TÍTULO

CONSULTA VIRTUAL DE VACUNACION EN GRUPO DE RIESGO EN LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL CALDERON MEZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO DORADO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde el 1 de junio al 31 de diciembre se abrio la interconsulta virtual (IV) a todos los medicos de atención primaria del Sector de Alcañiz, en esta consulta se valora si precisa o no vacunación y si precisa citar para realizar consulta con facultativo o con enfermería de la Unidad de Medicina Preventiva del Hospital de Alcañiz.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se solicitaron un total de 19 consultas virtuales de las cuales fueron resultas su totalidad, por tanto el porcentaje de consultas realizadas es de un 100%.

El tiempo medio de respuesta de estas consultas fue de 3,42 días.

Del total de consultas fue necesario ver en consulta presencial al paciente en un 78,9%. Por tanto el 21,1% se resolvió mediante la consulta virtual y no precisaron vacunación.

El tiempo medio entre contestar la IV y verle en presencial fue de 8,7 días.

El porcentaje de vacunación de vacunación de las personas que acudieron a consulta presencial fue de 93,3%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La respuesta de la consulta IV fue muy rapida por tanto se resolvieron las dudas al medico solicitante. En aquellos pacientes que fue necesario consulta presencial se citaba con prioridad y si decidia vacunación esta se realizaba de forma inmediata.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/726 ===== ***

Nº de registro: 0726

Título
CONSULTA VIRTUAL DE VACUNACION EN GRUPO DE RIESGO EN LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA

Autores:
CALDERON MEZA JOSE MANUEL, NAVARRO DORADO MARIA ANGELES

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: Población con al menos un grupo de riesgo de nuestro protocolo de vacunación
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente existe desconocimiento de las vías pertinentes de vacunación de pacientes en riesgo en los Centros de Salud.

Además de la formación oportuna, Nuestra Unidad necesita dar un impulso en la captación de pacientes que no

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0726

1. TÍTULO

CONSULTA VIRTUAL DE VACUNACION EN GRUPO DE RIESGO EN LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA

son seguidos por especialistas médicos.

Actualmente el procedimiento es vía telefonica, en el cual no se queda reflejada ningún tipo de información en ambos sentidos. Con esta iniciativa se verá modificada la situación actual.

RESULTADOS ESPERADOS

Potenciar protocolo de vacunación en los Centros de Salud de Atención Primaria

Proteger a los pacientes en Riesgo que no son detectados por Especialidades médicas en el Hospital

MÉTODO

Se ofertará a todos los centros de Salud del Sector Alcañiz la iniciativa de la consulta virtual de los pacientes que cumplan en la población diana del protocolo actual de vacunación en grupo de riesgo de nuestro sector.

En dicha petición de consulta, se decidirá si se valora en nuestra consulta medica o no es necesario la evaluación mediante la información aportada por medico de atención primaria.

INDICADORES

Porcentaje de consultas realizadas: Numero total de consultas solicitadas / numero de consultas realizadas

DURACIÓN

Segundo semestre 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 - 2018/0867

1. TÍTULO

REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO TECNICO DE ANALISIS "DETECCION DE PAPILOMAVIRUS DE ALTO RIESGO" SEGUN NORMA ISO 15189, EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES RUIZ ANDRES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BAGAN SOLSONA PILAR
GONZALEZ THOMSON MARIA JOSE
JASANADA FLORES CARMEN
GRIÑON ALONSO MARIA ISABEL
ABAS VILA VICTORIA
NAVARRO PARDOS CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Ubicación y codificación de materiales, reactivos y equipo.
Implantación del control de calidad externo.
Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
Redacción del Procedimiento Técnico de Análisis (PTA)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realización del procedimiento tecnico de analisis "detección de papilomavirus de alto riesgo" segun norma ISO-15189

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Inclusión como un nuevo alcance del Servicio de Microbiología, de la técnica "Detección de papilomavirus de alto riesgo", para conseguir la acreditación de Entidad Nacional de acreditación (ENAC) en el año 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/867 ===== ***

Nº de registro: 0867

Título
REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO TECNICO DE ANALISIS "DETECCION DE PAPILOMAVIRUS DE ALTO RIESGO" SEGUN NORMA ISO 15189, EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
RUIZ ANDRES MARIA ANGELES, BAGAN SOLSONA PILAR, GONZALEZ THOMSON MARIA JOSE, JASANADA FLORES CARMEN, GRIÑON ALONSO MARIA ISABEL, ABAS VILA VICTORIA, NAVARRO PARDOS CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Microbiología del Hospital de Alcañiz se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en el área de serología desde el año 2007. La acreditación garantiza el diagnóstico microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en otras áreas del Laboratorio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0867

1. TÍTULO

REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO TECNICO DE ANALISIS "DETECCION DE PAPILOMAVIRUS DE ALTO RIESGO" SEGUN NORMA ISO 15189, EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Con la puesta en marcha del Programa de detección precoz de cáncer de cérvix, en el que se recomienda realizar el cribado a mujeres entre 30 y 65 años en el Sector sanitario de Alcañiz, en el Servicio de Microbiología consideramos que sería conveniente realizar un proyecto de mejora para conseguir la acreditación de la técnica.

RESULTADOS ESPERADOS

Planificación de los requisitos necesarios para la acreditación de la técnica según Norma ISO 15189.

Realización del Procedimiento Técnico de Análisis "Detección de papilomavirus de alto riesgo"

MÉTODO

- Ubicación y codificación de materiales, reactivos y equipo.
- Implantación del control de calidad externo.
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Redacción del Procedimiento Técnico de Análisis (PTA).

INDICADORES

1. Indicador: Ubicación y codificación de materiales, reactivos y equipo SI/NO
2. Indicador: Aseguramiento externo de la calidad = 90%
3. Indicador: realización del procedimiento técnico de análisis SI/NO

DURACIÓN

Fecha inicio: junio 2018

Fecha finalización: diciembre 2018

Ubicación y codificación de materiales, reactivos y equipo: Junio-septiembre 2018

Aseguramiento externo de la calidad. Noviembre 2018

Realización del procedimiento técnico de análisis: diciembre 2018

OBSERVACIONES

Inclusión como un nuevo alcance del Servicio de Microbiología, de la técnica "Detección de papilomavirus de alto riesgo", para conseguir la acreditación de Entidad Nacional de acreditación (ENAC) en el año 2019.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0312

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACION DEL ACCESO VASCULAR EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE IGNACIO LOPEZ ALEJALDRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA GARCIA OLGA
BIELSA GRACIA SARA
IBAÑEZ MOLERO RAQUEL
GARCES MAGRAZO DIANA
ANTORAN MORENO MARIA DOLORES
LOPEZ JUBILLAR EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el periodo marcado en este proyecto, se han realizado la revisión de la bibliografía existente y de las guías clínicas en relación al acceso vascular en hemodiálisis (Guía Clínica Española del Acceso Vascular, grupo GEMAV publicado en nov 2017) para Hemodiálisis, para la elaboración de protocolos, metodología de valoración y hoja de registro de diferentes variables de las fistulas arteriovenosas (FAVi) de los pacientes en hemodiálisis. Después de esta primera fase, se ha elaborado tanto en formato ofimático (base de datos, Excel) como en formato de papel, formularios/hojas de trabajo para recoger las diferentes variables del acceso vascular que se querían recoger para este proyecto.

Terminado esta fase aproximadamente en abril de 2018, se procedió a planificar una metodología para recoger los diferentes parámetros a valorar según documentos arriba reseñados y periodicidad para realizarlos. Previamente, y aunque no supone ningún procedimiento extraordinario sobre los pacientes, se informó a los mismos de estos cambios en la metodología de la sesión de hemodiálisis.

Se incluyó en la "historia de registro de la sesión de diálisis", varios documentos anexos que son:

* uno en referencia al registro grafico de la FAVi con recreación gráfica del brazo, y registro del tramo "arterial" y "venoso" de la FAVi

* Documento con los diferentes parámetros de la valoración clínica/física de la FAVi. Características que se recogen: inspección, palpación, auscultación y test de elevación del brazo, incluyendo un apartado para anotaciones subjetivas del personal de Enfermería.

* Tabla para recoger valores dinámicos de la FAVi como la recirculación, el flujo de la FAVi por termodilución (Qa) y el % de variación con respecto a medida previa.

Una vez consensuado el formato de dichos documentos se estableció la periodicidad en los registros, siendo en cada sesión la valoración física de la FAVi (inspección, palpación y auscultación, test de elevación del brazo), de carácter mensual para la medida de Qa (o mayor frecuencia si alteración en la medida) y registro gráfico de las características de la FAVi al inicio de hemodiálisis o si procedimiento quirúrgico sobre el acceso vascular y/o realización de nueva FAVi.

En mayo de 2018 se comenzó ya a realizar los registros arriba indicados e implementar medidas correctoras en caso de alteraciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el periodo de duración de este proyecto, el número de pacientes en hemodiálisis en nuestra Unidad ha ido oscilando (defunciones, trasplantes, vuelta tras trasplante "fallido"..), estableciendo aproximadamente una media de aproximadamente 30 pacientes.

* En relación % de fallo precoz de la fístula en los primeros 30 días, hemos obtenido un 20% (4 sobre 20 pacientes con FAVi) (estándar <35%)

* El 100% de las FAVi realizadas a los pacientes en programa de hemodiálisis se controlan de forma precoz (< 4 semanas) (9 pacientes)

* El 100% de los pacientes con FAVi funcionante en hemodiálisis tienen un registro gráfico del acceso vascular y del lugar de punción.

* A 31 de diciembre de 2018 el 45% de pacientes tenían como acceso vascular un catéter venoso central, y un 55% de los pacientes tenían FAVi (estándar >75%) (a fecha de esta memoria 64% con FAVi)

* Ningún paciente incidente en hemodiálisis sin inicio de hemodialisis programado (3 casos) tuvo como acceso vascular un catéter temporal durante más de 2 semanas (estándar <5%). Ningún paciente de nuestra consulta ERCA con inicio programado, llevó catéter temporal.

* En relación a la tasa de trombosis de FAVi nativas (sin material protésico) obtuvimos un valor de 0.30 trombosis/paciente/año en riesgo (estándar <0.15)

Se consiguió un 100% de registros programados de evaluaciones periódicas de las FAVi (estándar >90%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al implementar este proyecto hemos detectado una serie de limitaciones, algunas de ellas no dependientes de nuestra Unidad y que en el tiempo hemos visto que son difíciles de subsanar.

El acceso vascular es uno de los factores principales que determinan la morbimortalidad de los pacientes en hemodiálisis (más allá de la elevada comorbilidad que presentan estos pacientes, y las peculiaridades socioculturales de nuestra población (pacientes añosos, nivel cultural..)). Hemos observado que la consecución de objetivos marcados por los estándares que están más relacionados con nuestra práctica los hemos logrado de forma adecuada (quizás porque estamos más implicados con la necesidad de una FAVi normofuncionante; objetivos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0312

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACION DEL ACCESO VASCULAR EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

como el registro gráfico, exploración clínica o la medida del Qa mediante termodilución con un módulo que dispone la máquina de hemodiálisis, se han logrado de forma satisfactoria).

Sin embargo, aquellos estándares en los que están implicados otros Servicios, como la tasa de trombosis o porcentaje de FAVi funcionante a diciembre de 2018, quedan lejos de los objetivos, y en parte consecuencia de la lejanía del centro de referencia y dificultades para optimizar tiempos y visitas.

Las dificultades en la coordinación con nuestro centro de referencia es un obstáculo importante y que sería importante intentar subsanar. Con el circuito actual de trabajo, desde que se detecta una fistula disfuncionante (presenta flujo, pero insuficiente o con valores que indica la probabilidad de trombosis), hasta que se intenta (o no) su reparación, hay un lapso de tiempo de crucial importancia para la supervivencia de la fístula. Actualmente, el paciente con fistula disfuncionante que precisa una valoración especializada, debe realizar varios traslados a Zaragoza (realización pruebas imagen, anestesia, intervención quirúrgica..) lo que implica un importante trastorno para el paciente/familia (dispersión poblacional, pacientes añosos), con la consiguiente disminución en la probabilidad de reparación fistula y secundariamente un aumento del gasto.

Otro aspecto a valorar es la dificultad para la realización de ciertas pruebas radiológicas que están indicadas en estos casos, bien por falta de disponibilidad en la cartera del Servicio de nuestro Hospital, o bien por la demora en la realización de pruebas de imagen en el Centro de Referencia.

Por ultimo con la evidencia disponible hasta la fecha, y siguiendo recomendaciones de guías y de nuestra Sociedad, la disponibilidad de un ecógrafo con función doppler, como tienen ya la mayoría de unidades de nefrología de Aragon (y varios Servicios de nuestro Hospital), y España permite hacer un seguimiento más estrecho de las fistulas, con detección precoz de alteraciones en las mismas y por tanto remisión temprana y con más datos "objetivos" al Servicio correspondiente (evitando traslados a Zaragoza y "ganando" tiempo. Más allá de lo anteriormente expuesto, la disponibilidad de ecógrafo doppler, facilita la punción de fistulas más complicadas, colocación de accesos temporales y/o definitivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/312 ===== ***

Nº de registro: 0312

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACION DEL ACCESO VASCULAR EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
LOPEZ ALEJALDRE IGNACIO, GRACIA GARCIA OLGA, BIELSA GRACIA SARA, IBAÑEZ MOLERO RAQUEL, GARCES MAGRAZO DIANA, ANTORAN MORENO MARIA DOLORES, LOPEZ JUBILLAR EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Acceso vascular en paciente en hemodialisis
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La morbimortalidad de los pacientes en programa de hemodiálisis esta estrechamente relacionada con el acceso vascular del cual se dispone. Con la evidencia actual, se sabe que el uso de un cateter venoso central (CVC) como acceso vascular multiplica hasta por siete veces, el riesgo de complicaciones infecciosas con respecto a la fistula arteriovenosa (FAVi), con un importante aumento de mortalidad durante el primer año. Por tanto, es fundamental conseguir la máxima incidencia y prevalencia de pacientes con FAVi normofuncionante en una Unidad de Hemodiálisis, por medio de, entre otras medidas, un programa de monitorización y seguimiento para la detección precoz de complicaciones (fundamentalmente estenosis y evitar posteriores trombosis del acceso) evitando maniobras de rescate del acceso no programadas, que implican aumento del riesgo para el paciente y aumento del gasto sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS

Con la implantación de un programa de monitorización, nos proponemos lograr:
* una detección precoz de FAVis disfuncionantes (reparación de estenosis e intentar evitar trombosis) y poder realizar maniobras electivas que precisen para la recuperación funcional del acceso vascular, consiguiendo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0312

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACION DEL ACCESO VASCULAR EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

una mayor supervivencia del acceso.

* disminuir la incidencia/prevalencia de pacientes portadores de CVC (temporales o permanentes)

MÉTODO

1. Diseñar e implementar un protocolo para la valoración y evaluación de FAVi mediante técnicas de primera generación (monitorización clínica, % de recirculación) y su recogida en una hoja de datos para el seguimiento (al menos una vez a la semana)
2. Protocolización y estandarización con el personal de Enfermería de los diferentes pasos y parámetros a recoger durante la sesión de hemodialisis para la obtención del parámetro Qa (flujo del acceso vascular) mediante termodilución con una periodicidad, al menos, mensual.
3. Derivación precoz al Servicio correspondiente para la realización precoz de pruebas de imagen y/o reparación de FAVi con el intento de evitar complicaciones.

INDICADORES

Indicadores según la Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis (GEMAV)

- A) Pacientes con fallo precoz de la fístula en los primeros 30 días que siguen a la realización del procedimiento (indicador de resultado). Estandar <35%
- B) Porcentaje de fístulas arteriovenosas controladas clínicamente de forma precoz (4 semanas tras su realización). Indicador de proceso. Estandar 100%
- C) Porcentaje de pacientes en los que se lleva un registro gráfico de zonas de punción durante las sesiones de hemodiálisis. Indicador de proceso. Estandar 100%
- D) Porcentaje de pacientes prevalentes con más de 3 meses en programa de hemodiálisis que, a 31 de diciembre del año estudiado, se dializan a través de una fístula arteriovenosa nativa. Indicador de resultado. Estandar >75%
- E) Porcentaje de pacientes que se dializan a través de un catéter venoso central no tunelizado durante más de 2 semanas consecutivas. Indicador de resultado. Estandar <5%
- F) Tasa anual de trombosis de fístulas arteriovenosas nativas. Indicador de resultado. Estandar 0.15 trombosis/paciente/año
- G) Porcentaje de fístulas arteriovenosas que tienen registro de evaluaciones periódicas. Indicador de proceso. Estandar >90%

DURACIÓN

Duración aproximada 12 meses:

Mayo 2018: Revisión, realización de protocolos y documentos para la recogida de datos

Junio 2018: Estandarización de maniobras y parámetros que se deben de recoger

Julio 2018-Febrero 2019: Recogida de datos e implementación de las medidas

Marzo 2019: Realización de la memoria

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0117

1. TÍTULO

HOJA DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN BRONCOSCOPIAS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE MONICA AGUD CARDONA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA
MUNIESA CIERCOLES MARIA DEL CARMEN
FANDOS LORENTE SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desarrollo de proceso enfermero en broncoscopias.
Desarrollo de la hoja de registro de enfermería en broncoscopias.
Dar a conocer a todo el servicio.
Implantación en el servicio.
Complimentación de la hoja de registro en todos los pacientes a los que se le realiza una broncoscopia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proceso de enfermero en broncoscopias y la hoja de registro han sido creadas y existen en el servicio, con lo que se ha mejorado el registro de la actuación de enfermería en este servicio.
La implantación se realizó en febrero y toda la enfermería usa la hoja de registro, consiguiendo que todos registremos lo mismo.
Se midió en nº de pacientes a los que se les había realizado una broncoscopia y a los que en su historia existía la hoja de registro, y de una muestra de 16 pacientes, en las 16 historia existía la hoja de registro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha conseguido tener un proceso enfermero en broncoscopias y que todos los enfermeros actuemos de una misma manera y a su vez tener un registro común en el 100 % de los historias de los pacientes a los que se les ha realizado una broncoscopia.

7. OBSERVACIONES.
El documento del proceso y los resultados de la medición de la hoja de registro, no me ha sido posible adjuntarlos a esta memoria. Los tenemos en nuestro servicio y también los tienen los responsables de calidad de nuestro sector.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/117 ===== ***

Nº de registro: 0117

Título
HOJA DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN BRONCOSCOPIAS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
AGUD CARDONA MONICA, ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA, MUNIESA CIERCOLES MARIA DEL CARMEN, FANDOS LORENTE SERGIO

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 con broncoscopia
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad en el servicio de broncoscopias del Hospital de Alcañiz, el personal de enfermería realizaba todas sus tareas (entrevista a la llegada del paciente, preparación del paciente, apoyo al neumólogo en el desarrollo de la broncoscopia y comprobación de la recuperación del paciente tras la prueba) sin ningún registro de lo que se había realizado.
Con este proyecto se pretende desarrollar una hoja de registro de enfermería en el servicio de broncoscopias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0117

1. TÍTULO

HOJA DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN BRONCOSCOPIAS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

para que todas las tareas realizadas por este personal queden registradas en las historias del paciente junto al informe de los neumólogos.

RESULTADOS ESPERADOS

El personal de enfermería del servicio de broncoscopias del hospital de Alcañiz desarrollaran una hoja de registro de sus actividades en este servicio.

Enfermería del servicio de broncoscopias rellenara la hoja de registro con cada paciente atendido en este servicio.

Cada paciente al que se le realice una broncoscopia en el hospital de Alcañiz, tendrá en su historia de neumología una hoja de registro de enfermería con todo lo realizado en dicho servicio por el personal de enfermería.

MÉTODO

- Realización de la hoja.
- Darla a conocer al servicio de broncoscopias.
- Implantarla en el servicio.
- La mayoría de los pacientes atendidos en broncospias tendrán en su historia clínica la hoja de registro de enfermería de broncoscopioas

INDICADORES

- Existencia a final de año de la hoja de registro de enfermería en broncoscopias.
- Numero de paciente atendidos en el servicio de broncoscopias en tre marzo y diciembre del 2018 en los que existe en su historia clínica la hoja de registro de enfermería de broncoscopioas / numero de pacientes atendidos en el servicio de broncoscopias en tre marzo y diciembre del 2018.

DURACIÓN

- Realización de la hoja: febrero 2018
- Darla a conocer al servicio de broncoscopias: febrero 2018
- Implantarla en el servicio: marzo 2018
- La mayoría de los pacientes atendidos en broncospias tendrán en su historia clínica la hoja de registro de enfermería de broncoscopioas: a partir de abril de 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 - 2018/0118

1. TÍTULO

EDUCACION EN EL PACIENTE RESPIRATORIO: ESPIROMETRIA E IMPORTANCIA DE LA TECNICA INHALATORIA

Fecha de entrada: 14/02/2019

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
AGUD CARDONA MONICA
MUNIESA CIERCOLES MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
hemos colgado poster sobre la importancia de cuidar la salud respiratoria en los alrededores de las consultas de neumología y en los pasillos del hospital de la planta baja y del hall. Se ha realizado adiestramiento en la parte de los pacientes que han venido a realizarse espirometría sobre tu tratamiento con inhaladores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
hemos colocado más de 4 posters ya que hemos visto que era necesario para llegar a todo el mundo más información. Se han realizado 1792 espirometrías en lo que llevamos de periodo de actuación del proyecto realizando educación sobre el 75% de estos pacientes, ya que un 25% no tenían tratamiento broncodilatador pautado ya que venían por otro tipo de patologías que precisaban realización de espirometría. es decir sobre 1344 pacientes se ha realizado intervención educativa sanitaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es importante seguir haciendo incapié en la intervención educativa de estos pacientes ya que un gran porcentaje de los mismos el tratamiento inhalado se realizaba con errores críticos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/118 ===== ***

Nº de registro: 0118

Título
EDUCACION EN EL PACIENTE RESPIRATORIO: ESPIROMETRIA E IMPORTANCIA DE LA TECNICA INHALATORIA

Autores:
ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA, FANDOS LORENTE SERGIO, AGUD CARDONA MONICA, MUNIESA CIERCOLES MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes ven la espirometría como una prueba complicada y no saben muy bien el significado de la misma. Al requerir de su implicación en la realización y no ser sencilla, suelen tener una actitud reticente ante la misma. Además obvian la importancia de la misma y los cuidados que hay que tener antes de realizarla, además de sus contraindicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Hacer al paciente más participe de su proceso de enfermedad, empoderarle ofreciéndole la información que necesita, tanto del tipo de prueba que se le realiza, como del porqué, y precauciones que requiere. Además aprovecharemos la prueba broncodilatadora como un momento de educación sanitaria para corroborar que el paciente realiza correctamente sus inhaladores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0118

1. TÍTULO

EDUCACION EN EL PACIENTE RESPIRATORIO: ESPIROMETRIA E IMPORTANCIA DE LA TECNICA INHALATORIA

MÉTODO

Realizar un display informativo sobre la espirometría y ponerlo en los alrededores de las consultas de Neumología del Hospital que es donde se solicitan y realizan estas pruebas. También colocaremos en el Hall del Hospital a modo informativo para los pacientes visitantes.

Realizaremos educación sanitaria en todos los pacientes a los que realicemos espirometrías para consolidar su técnica inhalatoria, ya que según los últimos estudios alrededor de un 70% de los pacientes realizan mal la técnica de los inhaladores.

INDICADORES

Colocación de los 4 display en el Hospital.

Número de pacientes que reciben educación sanitaria sobre la técnica de inhalación/número de pacientes a los que se le realiza espirometría

DURACIÓN

15 de Abril comenzaremos la realización del display, lo valoraremos en mayo y lo imprimiremos y plastificaremos. Junio de 2018 colgarlo en todos los lugares.

Desde la aceptación del proyecto comenzaremos a identificar a todos los pacientes a los que se les realiza educación sobre la técnica de inhalación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0402

1. TÍTULO

ATENCIÓN NEUROLÓGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO: CREACIÓN CLÍNICA AIT

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE LAURA BALLESTER MARCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO
MUÑOZ FARJAS ELENA
BELTRAN MARIN IRENE
SARRION MOCHALES MONTSERRAT
SAN MARTIN ANDRES MARIA JOSE
FOZ PELLICER SILVIA
SANCHEZ PISA ENCARNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año se han realizado sesiones formativas de la patología cerebrovascular en las que se incluye el AIT, con difusión del procedimiento de AIT, dirigidas a enfermería y facultativos especialistas, quedando pendiente continuar con las mismas haciendo un mayor hincapié en la formación dirigida a los servicios de urgencias.

Se ha concluido la realización de la base de datos de toda la patología neurovascular (tanto de AIT como de Ictus y de Hemorragias) y se ha iniciado el uso de las mismas.

Se ha llevado a cabo la realización de la consulta por parte de Neurología a todo paciente con diagnóstico por parte de urgencias de AIT, en menos de 24 horas, que incluya como mínimo la realización de estudio doppler de troncos supraaórticos y supervisión de tratamiento preventivo.

Se ha indicado un periodo de observación desde estos servicios de urgencias a los pacientes no candidatos a ingreso, por un periodo de tiempo no inferior a las 24 horas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han valorado un total de 10 pacientes atendidos en urgencias entre los meses de diciembre de 2018 y enero de 2019, con una media de edad de 74.7 años, de los diez pacientes valorados desde urgencias el 100% fueron valorados posteriormente por Neurología, y solo el 10% en un periodo superior a las 24 horas desde la clínica de inicio. La escala de estratificación del riesgo (ABCD2), ampliamente utilizado entre los servicios de urgencias y de Neurología, se utilizó en 70% casos y motivó el ingreso del 50% del total, considerándose el mismo adecuado por encima de 4-5 puntos que se traduce en un riesgo de recurrencia de AIT/ICTUS superior a 4.1% en 48 horas. Tan solo se obvió la indicación de ingreso en un paciente con diagnóstico de AIT de repetición previamente estudiado y en tratamiento, que cumplía criterios según dicha escala.

Cabe destacar la existencia de un 10% de la muestra con diagnóstico erróneo, al tratarse una migraña con aura, la cual también se benefició del estudio y tratamiento.

INDICADORES/ VALOR DE INDICADORES:

% de altas directas de AIT sin 24 horas de observación: 30% (Estandar<10%)

% de pacientes con sospecha de AIT en los que se ha pasado la escala de ABCD2: 70% (Estandar>90%)

% pacientes en los que ha repetido ICTUS/AIT tras AIT: 20% (10% en primeros 7 días y 10% en primer año con éxitus tras complicaciones del mismo)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto se ha retrasado en su implantación debido a que la responsable del proyecto se trasladó a otro hospital durante 2018.

Tras valorar los índices obtenidos, llegamos a la conclusión de queda mucho terreno por hacer ya que no se llega a cumplir el estándar deseado. Sin embargo, si comparamos estos datos con los del año anterior en el mismo periodo de tiempo, observamos que hay una mayor concienciación por parte de los profesionales implicados, pasando de un 10% de pacientes con ABCD2 a un 70% en la fecha actual y un 70% de paciente con periodo inferior de observación de 24 horas a un 30% en la actualidad. Del mismo modo el porcentaje de pacientes en los que ha repetido la patología neurovascular ha disminuido respecto al año anterior, pasando de un 30% a un 20%.

Queda pendiente para un futuro:

- Seguir haciendo hincapié en estos conceptos, así como la realización de más sesiones formativas, sobre todo con los servicios de urgencias, pero también con el resto de personal sanitario.
- Consolidar la "consulta rápida de AIT", siguiendo en la misma línea, y siendo los pacientes valorados por nuestro servicio la totalidad de los mismos.
- Supervisar los protocolos de tratamiento y actuación realizados hasta el momento

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0402

1. TÍTULO

ATENCIÓN NEUROLÓGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO: CREACION CLINICA AIT

*** ===== Resumen del proyecto 2018/402 ===== ***

Nº de registro: 0402

Título
ATENCIÓN NEUROLÓGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO: CREACION CLINICA AIT

Autores:
MUÑOZ FARJAS ELENA, BALLESTER MARCO LAURA, OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO, SARRION MOCHALES MONTSERRAT, SAN MARTIN ANDRES MARIA JOSE, RIOS GARCIA ISABEL, REGALES POZA NATALIA, FOZ PELLICER SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Accidente isquémico transitorio (AIT) es un "Episodio breve de disfunción neurológica causado por isquemia focal cerebral o retiniana, cuyos síntomas típicamente duran < 1 hora, sin necrosis del tejido cerebral. Si hay un déficit neurológico aislado pero las pruebas de imagen se aprecia una imagen isquémica el diagnóstico no será AIT. El 23% de los ictus están precedidos por AITs en la semana previa. Pero el AIT no es solo un «marcador» de patología cerebrovascular, sino que incrementa el riesgo de sufrir cualquier episodio vascular grave como la cardiopatía isquémica. Se ha evidenciado que es mayor el riesgo de eventos vasculares tras un AIT si se demuestra enfermedad significativa de gran vaso o la aparición de lesión en la secuencia de difusión en el estudio de RM. En el Proceso ictus del hospital de Alcañiz con fecha de noviembre de 2016 se define el protocolo de actuación del paciente que acude a Urgencias con sospecha de AIT. El protocolo se está siguiendo, pero la incorporación a la cartera de servicios del Doppler transcraneal y la puesta en marcha del Área de ictus son elementos que contribuirán a mejorar la atención y tratamiento de los pacientes con AIT.

RESULTADOS ESPERADOS
- Actualizar el Proceso de Atención al AIT.
- Realizar un diagnóstico precoz del AIT, diferenciándolo de otros procesos que podrían simularlo.
- Realizar el mismo día la consulta, las pruebas complementarias indicadas por parte de Neurología, establecer el riesgo vascular, iniciar la prevención secundaria y completar un informe de asistencia en Historia clínica electrónica.

MÉTODO
- Elaboración de un nuevo Procedimiento de Atención al AIT. Creación de base de datos de AIT.
- Sesiones de formación para Urgencias, Neurología, Medicina Interna, Enfermería área de ictus y Atención Primaria.
- Difusión a los servicios relacionados

INDICADORES
- Disponibilidad del procedimiento
- Determinar el porcentaje de pacientes que ante la sospecha de AIT en urgencias realmente tienen esta patología
- Tasa de ingreso por AIT (nº AIT ingresados/nº AITs urgencias)
- Estancia media de pacientes con AIT en Área de Ictus/Hospitalización convencional
- Porcentaje de pacientes que presentan un ictus tras AIT en las primeras 48 horas, 1 semana, 4 semanas, 3 meses y un año.
- Porcentaje de pacientes en los que se precisa realizar RMN craneal con difusión, y estudio cardiológico.

DURACIÓN
- Constitución de equipo de trabajo: Mayo-Junio 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0402

1. TÍTULO

ATENCIÓN NEUROLÓGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO: CREACION CLINICA AIT

- Reuniones del equipo de trabajo y Elaboración de procedimiento operativo: Junio 2018
- Implementación en la práctica habitual: Julio-Diciembre de 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 - 2018/0402

1. TÍTULO

ATENCIÓN NEUROLÓGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO. CREACIÓN CLÍNICA AIT

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE LAURA BALLESTER MARCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO
BELTRAN MARIN IRENE
SARRION MOCHALES MONTSERRAT
SANCHEZ PISA ENCARNA
FOZ PELLICER SILVIA
SANMARTIN ANDREU MARIA JOSE
SODRIC TELLO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019 se han realizado actividades reiteradas de comunicación con el servicio de urgencias, dentro de la cual ha seguido recibiendo un papel fundamental el correcto manejo del AIT. Se ha hecho hincapié en el uso de las escalas estandarizadas tanto en la historia clínica electrónica como en el PCH, todo con el objetivo de minimizar la tasa de repetición de eventos vasculares y facilitar por tanto una asistencia de mayor calidad al paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha valorado mismo periodo de tiempo que en el año anterior, meses de diciembre y enero de los años 2019 y 2020 respectivamente para poder comparar con los datos recogidos en el año previo y el anterior, habiéndose valorado en total un grupo con diagnóstico de AIT en nuestro servicio de urgencias de 12 pacientes. Destaca que, de los 12 pacientes descritos, 3 de ellos no fueron verdaderos ICTUS y de estos, uno solicito la alta voluntaria por lo que el registro real se ha realizado en base a 9 paciente con una media de edad de 74,6 años. El 100% de los mismos, fueron valorados por Neurología previamente al alta en un periodo no superior a 24 horas, y la valoración incluyó la exploración, TAC cerebral, realización de doppler de troncos supraaórticos (y en caso necesario doppler transcraneal) y el tratamiento de prevención de secundaria al alta. Por otro lado, se produce un aumento del uso de la escala ABCD2, realizándose bien por parte del servicio de urgencias o NRL hasta en el 90 % de los pacientes, y motivando el ingreso por registro de riesgo de recurrencia moderado o alto en el 50% del paciente, teniendo en cuenta que el otro 50% dado el estado basal del paciente y escala de discapacidad, no se consideró necesario al valorar el riesgo beneficio. Aunque no estaba en nuestros objetivos hemos medido otros indicadores:
% de altas directas sin observación de 24 horas: 40% (estándar 0%)
%de pacientes con sospecha de AIT a los que se ha pasado la escala de ABCD2: 90%
% pacientes en los que ha repetido ICTUS / AIT tras AIT: 0% en primeras 48 horas, 7 días, y a los 3 meses, siendo del 11.1% a lo largo del primer año tras el evento (año 2018 fue de un 20%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A día de hoy, el AIT sigue siendo una patología importante por el riesgo de recurrencia que acarrea. Destacar que se cumple el objetivo de nuestro proyecto, evidenciándose la realización de las pruebas complementarias indicadas en el protocolo en el 100% de los pacientes. Se ha mejorado sensiblemente la implementación de la escala ABCD2 que ha pasado de una cumplimentación de un 10 % en 2017/2018 al 90% de los pacientes en 2019/2020. También hemos conseguido una reducción de la tasa de recurrencia de ictus con una mejora de un 9% en un año. Sin embargo, queda amplio espacio para la mejora en la observación mínimo recomendado de 24 horas de todos los pacientes (solo 60% fueron observados en este período) que vamos a proponer como proyecto de mejora al servicio de Urgencias para el año 2020.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/402 ===== ***

Nº de registro: 0402

Título
ATENCIÓN NEUROLÓGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO: CREACIÓN CLÍNICA AIT

Autores:
MUÑOZ FARJAS ELENA, BALLESTER MARCO LAURA, OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO, SARRION MOCHALES MONTSERRAT, SAN MARTIN ANDRES MARIA JOSE, RIOS GARCIA ISABEL, REGALES POZA NATALIA, FOZ PELLICER SILVIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0402

1. TÍTULO

ATENCIÓN NEUROLÓGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO. CREACION CLINICA AIT

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Accidente isquémico transitorio (AIT) es un "Episodio breve de disfunción neurológica causado por isquemia focal cerebral o retiniana, cuyos síntomas típicamente duran < 1 hora, sin necrosis del tejido cerebral. Si hay un déficit neurológico aislado pero las pruebas de imagen se aprecia una imagen isquémica el diagnóstico no será AIT. El 23% de los ictus están precedidos por AITs en la semana previa. Pero el AIT no es solo un «marcador» de patología cerebrovascular, sino que incrementa el riesgo de sufrir cualquier episodio vascular grave como la cardiopatía isquémica. Se ha evidenciado que es mayor el riesgo de eventos vasculares tras un AIT si se demuestra enfermedad significativa de gran vaso o la aparición de lesión en la secuencia de difusión en el estudio de RM. En el Proceso ictus del hospital de Alcañiz con fecha de noviembre de 2016 se define el protocolo de actuación del paciente que acude a Urgencias con sospecha de AIT. El protocolo se está siguiendo, pero la incorporación a la cartera de servicios del Doppler transcraneal y la puesta en marcha del Área de ictus son elementos que contribuirán a mejorar la atención y tratamiento de los pacientes con AIT.

RESULTADOS ESPERADOS

- Actualizar el Proceso de Atención al AIT.
- Realizar un diagnóstico precoz del AIT, diferenciándolo de otros procesos que podrían simularlo.
- Realizar el mismo día la consulta, las pruebas complementarias indicadas por parte de Neurología, establecer el riesgo vascular, iniciar la prevención secundaria y completar un informe de asistencia en Historia clínica electrónica.

MÉTODO

- Elaboración de un nuevo Procedimiento de Atención al AIT. Creación de base de datos de AIT.
- Sesiones de formación para Urgencias, Neurología, Medicina Interna, Enfermería área de ictus y Atención Primaria.
- Difusión a los servicios relacionados

INDICADORES

- Disponibilidad del procedimiento
- Determinar el porcentaje de pacientes que ante la sospecha de AIT en urgencias realmente tienen esta patología
- Tasa de ingreso por AIT (nº AIT ingresados/nº AITs urgencias)
- Estancia media de pacientes con AIT en Area de Ictus/Hospitalización convencional
- Porcentaje de pacientes que presentan un ictus tras AIT en las primeras 48 horas, 1 semana, 4 semanas, 3 meses y un año.
- Porcentaje de pacientes en los que se precisa realizar RMN craneal con difusión, y estudio cardiológico.

DURACIÓN

- Constitución de equipo de trabajo: Mayo-Junio 2018
- Reuniones del equipo de trabajo y Elaboración de procedimiento operativo: Junio 2018
- Implementación en la práctica habitual: Julio-Diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0402

1. TÍTULO

ATENCIÓN NEUROLÓGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO. CREACIÓN CLÍNICA AIT

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0406

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCION DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACION

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE MONTSERRAT SARRION MOCHALES

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FOZ PELLICER SILVIA
SANMARTIN ANDRES MARIA JOSE
BALLESTER MARCO LAURA
OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO
MUÑOZ FARJAS ELENA
BELTRAN MARIN IRENE
SANCHEZ PISA ENCARNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se creó el grupo de trabajo y se establecieron como criterios de derivación a la consulta los pacientes que en el test de disfagia hubieran dado positivo durante el ingreso en el área de ictus y no cumplen criterios de exclusión (salir con sonda nasogástrica o gastrostomía). El neurólogo cita al paciente en la consulta de disfagia en el momento del alta y lo hace constar en el informe de alta del paciente.
Se ha elaborado un procedimiento de la consulta de disfagia junto con un registro específico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Debido a los cambios en los profesionales del servicio de neurología durante 2018, el inicio del circuito se produjo en Diciembre de 2018. Desde entonces sobre 9 pacientes que cumplirían criterios de derivación se han recibido 4 (44%). De ellos uno ha dado positivo en el test y se aplicó el protocolo. Ninguno de los atendidos ha requerido nutrición enteral. En un caso se produjo neumonía por aspiración (11%). No hubo casos de fiebre de origen desconocido y no se ha podido objetivar pérdida ponderal en ningún caso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El cambio de profesionales ha ralentizado la implantación de nuestro procedimiento, por lo que vamos a continuar con el proyecto el año próximo. Se han perdido fundamentalmente los pacientes derivados a San Juan de Dios, por lo que vamos a plantear una estrategia específica para estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/406 ===== ***

Nº de registro: 0406

Título
SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCION DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACION

Autores:
SARRION MOCHALES MONTSERRAT, FOZ PELLICER SILVIA, SANMARTIN ANDRES MARIA JOSE, MUÑOZ FARJAS ELENA, BALLESTER MARCO LAURA, OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO, SANCHEZ PISA ENCARNA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los protocolos de cribado de disfagia se han recomendado ampliamente para identificar pacientes con riesgo de aspiración. La AHA conviene que hay suficiente evidencia que apoya la eficiencia de realizar protocolos de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0406

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCION DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACION

cribado de disfagia para reducir el riesgo de neumonía, muerte o dependencia tras ictus. Se ha presentado el protocolo de seguimiento de disfagia en pacientes ambulatorios neurológicos en el Hospital de Alcañiz mostrando un beneficio clínico.

Hemos detectado que los pacientes hospitalizados en los que se objetiva una disfagia no se remiten a la consulta de disfagia para seguimiento evolutivo de la misma.

RESULTADOS ESPERADOS

- Lograr un seguimiento adecuado de pacientes en los que se detecta disfagia tras un ictus.
- Evitar las complicaciones derivadas de una disfagia no tratada
- Detectar precozmente la necesidad de nutrición por vía enteral.

MÉTODO

- Creación de un equipo de trabajo
- Elaboración de un circuito de derivación de los pacientes con ictus en los que se ha detectado disfagia durante su hospitalización en fase aguda para mantener su continuidad asistencial tras el alta hospitalaria.
- Evaluación de la evolución de la disfagia postictal
- Evaluar el grado satisfacción de los usuarios/familiares.
- Difusión a los servicios relacionados

INDICADORES

- Disponibilidad del procedimiento
- Número de visitas por cada paciente hasta el alta
- % pacientes que desarrollan neumonía, pérdida ponderal o fiebre de origen desconocido durante el seguimiento.
- % pacientes que precisarán de nutrición enteral
- Grado Satisfacción de los usuarios/familiares

DURACIÓN

- Constitución de equipo de trabajo: Marzo 2018
- Elaboración de procedimiento operativo: Abril 2018
- Implementación en la práctica habitual: Mayo 2018.

OBSERVACIONES

Los resultados que se esperan obtener son:

- La nutrición de los pacientes con ictus y disfagia debe ser segura y adecuada
- Evitar neumonías por broncoaspiración, fiebres de origen desconocido y pérdida ponderal.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0406

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCIÓN DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACIÓN

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE MONTSERRAT SARRION MOCHALES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FOZ PELLICER SILVIA
SANMARTIN ANDRES MARIA JOSE
BALLESTER MARCO LAURA
OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO
BELTRAN MARIN IRENE
SANCHEZ PISA ENCARNNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se creó un equipo de trabajo y se elaboró un circuito de derivación de los pacientes con ictus en los que se había detectado disfagia durante su hospitalización en fase aguda. Los pacientes en consulta son pesados, medidos y se realiza la encuesta EAT-10 para evaluación subjetiva de la disfagia. Se realiza también una exploración física y el test de deglución (MECV-V). Posteriormente, según resultados se realiza educación terapéutica en función de las necesidades detectadas. En aquellos pacientes en los que el test de deglución ha vuelto a salir positivo, se realiza un seguimiento en la consulta, dándose de alta los que den un resultado negativo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se produjeron 21 casos con test de disfagia positivo en hospitalización, de los que se derivaron a la consulta 12 pacientes, ya que 2 no fueron derivados y 7 se trasladaron a otro sector/comunidad. De los 12 pacientes, uno falleció antes de acudir y dos no acudieron por voluntad propia. De los 9 que asistieron, 4 presentaron test de deglución positivo, a los demás se les dió el alta, tras recibir educación terapéutica básica. En los que presentaron test positivo se realizaron intervenciones específicas. Ninguno de los pacientes ha requerido nutrición enteral, ya sea por sonda o por PEG. Ninguno de los pacientes en seguimiento ha presentado neumonía o fiebre. No ha sido posible realizar valoración ponderal, ya que no se pesa al paciente durante la hospitalización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque han sido pocos los casos que han presentado test de deglución positivo, en los pacientes que hemos atendido no se han producido complicaciones ni han requerido nutrición enteral. Sería conveniente que se pesara a los pacientes en hospitalización para poder valorar la reducción ponderal. También sería conveniente que en estos pacientes se monitorizara el peso al alta en atención primaria, algo que tendremos que señalar en los informes de continuidad de cuidados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/406 ===== ***

Nº de registro: 0406

Título
SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCION DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACION

Autores:
SARRION MOCHALES MONTSERRAT, FOZ PELLICER SILVIA, SANMARTIN ANDRES MARIA JOSE, MUÑOZ FARJAS ELENA, BALLESTER MARCO LAURA, OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO, SANCHEZ PISA ENCARNNA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0406

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCIÓN DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACIÓN

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los protocolos de cribado de disfagia se han recomendado ampliamente para identificar pacientes con riesgo de aspiración. La AHA conviene que hay suficiente evidencia que apoya la eficiencia de realizar protocolos de cribado de disfagia para reducir el riesgo de neumonía, muerte o dependencia tras ictus. Se ha presentado el protocolo de seguimiento de disfagia en pacientes ambulatorios neurológicos en el Hospital de Alcañiz mostrando un beneficio clínico.

Hemos detectado que los pacientes hospitalizados en los que se objetiva una disfagia no se remiten a la consulta de disfagia para seguimiento evolutivo de la misma.

RESULTADOS ESPERADOS

- Lograr un seguimiento adecuado de pacientes en los que se detecta disfagia tras un ictus.
- Evitar las complicaciones derivadas de una disfagia no tratada
- Detectar precozmente la necesidad de nutrición por vía enteral.

MÉTODO

- Creación de un equipo de trabajo
- Elaboración de un circuito de derivación de los pacientes con ictus en los que se ha detectado disfagia durante su hospitalización en fase aguda para mantener su continuidad asistencial tras el alta hospitalaria.
- Evaluación de la evolución de la disfagia postictal
- Evaluar el grado satisfacción de los usuarios/familiares.
- Difusión a los servicios relacionados

INDICADORES

- Disponibilidad del procedimiento
- Número de visitas por cada paciente hasta el alta
- % pacientes que desarrollan neumonía, pérdida ponderal o fiebre de origen desconocido durante el seguimiento.
- % pacientes que precisarán de nutrición enteral
- Grado Satisfacción de los usuarios/familiares

DURACIÓN

- Constitución de equipo de trabajo: Marzo 2018
- Elaboración de procedimiento operativo: Abril 2018
- Implementación en la práctica habitual: Mayo 2018.

OBSERVACIONES

Los resultados que se esperan obtener son:

- La nutrición de los pacientes con ictus y disfagia debe ser segura y adecuada
- Evitar neumonías por broncoaspiración, fiebres de origen desconocido y pérdida ponderal.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0155

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN POSTER PARA EL MANEJO DE SULFATO DE MAGNESIO EN SUS DISTINTAS MODALIDADES OBSTETRICAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE PILAR ANDREU GISBERT
· Profesión MATRONA
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUILLEN HERRERO MARIA JESUS

GARCIA SALINAS ESPERANZA

SEBASTIAN SANZ ASUNCION

BALFAGON GOMEZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En enero y febrero del 2018 las matronas de paritorio del Hospital de Alcañiz hicimos varias reuniones en las que se decidieron:

- Se revisaron los protocolos del área de paritorio donde se usa el sulfato de magnesio y se valoraron todas las dosis, diluciones y perfusiones que se ofrecían en ellos. Estos protocolos son: Preeclampsia grave, eclampsia y neuroprotección en partos prematuros.
 - Cada patología es tratada con una dosis de inicio y de mantenimiento diferente. Además, en cada protocolo se exponen diferentes formas de concentración. Se decidió poner en el póster todas las posibles formas de dilución y de velocidad de perfusión, ya que, a veces, hay que tener cuidado con no producir una sobrecarga hídrica.
 - Se valoraron distintas maneras de presentar las dosis según patología. Se eligió realizarlo en una tabla para cada patología en la que se diferenciaba entre dosis de ataque y dosis de mantenimiento y las diferentes formas de hacer la dilución y la velocidad de perfusión. Para hacerla más visual se decidió poner cada tabla en diferente color según la patología.
 - Al final del póster se dispuso poner otra tabla donde se expusiese el antídoto del sulfato de magnesio (gluconato cálcico), así como su dosificación. En este caso el color de la tabla sería más llamativo.
 - El póster llevaría la fecha de publicación para poder revisarlo cuando hubiese un cambio de protocolo o al menos una vez al año.
 - En estas reuniones se fijó que la responsable del proyecto presentaría, por e-mail, un póster con las decisiones tomadas para la valoración de todas las matronas y hacer así los cambios pertinentes.
- En marzo del 2018 se presentó un borrador del póster al equipo de matronas: se decidió incluir también las constantes vitales que se deben controlar para valorar la sobredosificación por sulfato de magnesio. Se reenvió el póster con los cambios acordados, que fue aprobado para su impresión. En marzo del 2018 se colocó el póster en la sala de medicación del área de paritorio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La evaluación del póster se ha realizado mediante encuesta de satisfacción a las matronas de paritorio. Como son patologías, por suerte, no muy frecuentes los casos que ha habido a lo largo de este año han sido escasas (2). Las matronas que han tenido que utilizar el póster lo han evaluado así (de 0 a 5):

- Claridad en la exposición de la dilución y de las dosis: 4
- Utilidad del póster en los momentos de urgencia: 5

Además, se ha visto la necesidad de apuntar en el póster el nombre comercial del gluconato cálcico, para evitar cualquier confusión: Suplecal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las actividades para realizar el póster han servido, al equipo de matronas, para hacer una revisión de los protocolos y la mejor manera de llevarlos a la práctica. Además, hemos podido hacer una puesta en común de las dificultades que nos encontramos al atender este tipo de patologías y la mejor manera de afrontarlas. Como siempre que se hace un trabajo en equipo, este sirve para unir más a sus componentes y para generar la sensación de pertenencia a un grupo que tiene un objetivo común.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/155 ===== ***

Nº de registro: 0155

Título
ELABORACION DE UN POSTER PARA EL MANEJO DEL SO4MG EN SUS DISTINTAS APLICACIONES OBSTETRICAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0155

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN POSTER PARA EL MANEJO DE SULFATO DE MAGNESIO EN SUS DISTINTAS MODALIDADES OBSTETRICAS

Autores:
ANDREU GISBERT PILAR, GUILLEN HERRERO MARIA JESUS, GARCIA SALLINAS ESPERANZA, SEBASTIAN SANZ ASUNCION, BALFAGON GOMEZ CARMEN, BARRABES SANCHEZ MYRIAM, SANCHO VIVES ESTHER, REAL CORDERO ESPERANZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EL SO4Mg ES UN FÁRMACO USADO EN DIFERENTES PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS GRAVES: PREECLAMPSIA GRAVE, ECLAMPSIA, Y COMO NEUROPROTECTOR EN PARTOS PREMATUROS. LAS DOSIS DE INICIO Y DE MANTENIMIENTO, ASÍ COMO LA DILUCIÓN Y LA PERFUSIÓN, VARIAN MUCHO SEGÚN LA PATOLOGÍA QUE SE ATAQUE.
LA INCIDENCIA DE ESTAS PATOLOGÍAS ES BAJA, PERO ESTO HACE QUE, AL NO SER PRÁCTICA HABITUAL, PUEDAN SURGIR DUDAS EN EL MANEJO DE ESTE FÁRMACO.
LOS PROTOCOLOS UTILIZADOS DESCRIBEN EL MODO EN QUE SE DEBE PREPARAR LAS DILUCIONES PERO, AL SER UN MOMENTO CRÍTICO, ES DIFÍCIL BUSCAR ENTRE LOS PROTOCOLOS A LA VEZ QUE SE ATIENDE A LA MUJER EN TODA SU PATOLOGÍA.
POR ELLO SERÍA ÚTIL TENER UN PÓSTER, EN LA ZONA DONDE SE PREPARA LA MEDICACIÓN, DONDE SE EXPONGA DE FORMA INEQUÍVOCA LAS DOSIS, DILUCIÓN Y PERFUSIÓN DEL SO4Mg SEGÚN PATOLOGÍA. ESTO FACILITARÍA EL TRABAJO, ADEMÁS DE EVITAR CONFUSIONES EN SU ADMINISTRACIÓN.

RESULTADOS ESPERADOS
- AUMENTAR LA EFICACIA Y EFECTIVIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE SULFATO DE MAGNESIO
- DISMINUIR LAS DUDAS SOBRE LA DILUCIÓN DEL SULFATO DE MAGNESIO Y DE SU PERFUSIÓN
- FACILITAR EL TRABAJO DE LAS MATRONAS DEL SERVICIO DE PARITORIO EN LA ATENCIÓN DE PATOLOGÍA OBSTÉTRICA GRAVE

MÉTODO
MEDIANTE REUNIONES PERIÓDICAS Y TAMBIÉN MEDIANTE COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE E-MAIL:
- REVISIÓN DE LOS PROTOCOLOS DEL ÁREA DE PARITORIO
- VALORAR CÓMO EXPONER DE FORMA ESQUEMÁTICA LAS DOSIS, DILUCIÓN Y PERFUSIÓN DEL SO4Mg SEGÚN PATOLOGÍA
- REALIZAR UN PÓSTER CON LA INFORMACIÓN PERTINENTE
- EVALUACIÓN DEL PÓSTER Y HACER LAS MODIFICACIONES QUE SEAN PRECISAS PARA SU MEJORA

INDICADORES
- GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS MATRONAS EN CUANTO:
o CLARIDAD EN LA EXPOSICIÓN DE LA DILUCIÓN Y DOSIS (DE 0 A 5: 0 POCO SATISFECHO, 5 MUY SATISFECHO)
o UTILIDAD DEL PÓSTER EN LOS MOMENTOS DE URGENCIA (DE 0 A 5: 0 POCO SATISFECHO, 5 MUY SATISFECHO)

DURACIÓN
- MARZO 2018: REUNIÓN DE LAS MATRONAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ PARA:
o VALORAR LA NECESIDAD DE LA ELABORACIÓN DEL PÓSTER
o REUNIR LOS DATOS DE LOS PROTOCOLOS
o SELECCIONAR ENTRE LAS DISTINTAS FORMAS DE DILUCIÓN LA QUE SEA MÁS ÚTIL
- MARZO 2018: ELABORACIÓN DE BORRADOR DEL PÓSTER. LA RESPONSABLE DEL PROYECTO PRESENTARÁ UN BORRADOR DE PÓSTER QUE SE ENVIARÁ A TRAVÉS DE E-MAIL A TODAS LAS COMPONENTES DEL PROYECTO PARA QUE LO EVALÚEN
- MARZO 2018: COLOCAR EL PÓSTER EN LA SALA DE MEDICACIÓN DEL ÁREA DE PARITORIO.
- DICIEMBRE 2018: EVALUACIÓN DEL PROYECTO MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LAS MATRONAS
- REVISIÓN DEL PÓSTER CADA VEZ QUE SE CAMBIEN LOS PROTOCOLOS DE SO4Mg, O AL MENOS UNA VEZ AL AÑO.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0155

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN POSTER PARA EL MANEJO DE SULFATO DE MAGNESIO EN SUS DISTINTAS MODALIDADES OBSTETRICAS

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1104

1. TÍTULO

PROCESO DE AMNIOCENTESIS PARA DIAGNOSTICO PRENATAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ESTHER SANCHO VIVES
· Profesión MATRONA
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

REAL CORDERO ESPERANZA
DOMINGUEZ FUENTES JULIO
MONTAÑES BELLO PAOLA
VICENTE LOPEZ BEATRIZ
REMACHA SIENES MARIA
BARRABES SANCHEZ MYRIAM
BALFAGON GOMEZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se creó el Proyecto de Amniocentesis para diagnóstico prenatal tras revisión de la evidencia científica y recomendaciones en relación a la misma adaptándolo a las peculiaridades organizativas de nuestro hospital . Se creó una hoja de recomendaciones para la realización de la Amniocentesis en la que también se incluyen las recomendaciones post-amniocentesis. En la misma hoja le indicamos a la gestante el día, hora y lugar al que acudirá para la realización de la misma, y el modo en que daremos los resultados según el test solicitado. Se creó la hoja de Checklist en la Amniocentesis, y además se vió la necesidad de introducir en la misma las Observaciones post-amniocentesis por parte del obstetra una vez realizada la misma. En esta hoja se anota el nombre del obstetra y de la enfermera/matrona que ayuda en la misma asegurando la identificación de los mismos. Una vez cumplimentado se deja dentro de la Hª Obstétrica para posibles revisiones del mismo. Se revisó el Proyecto de Amniocentesis junto con las hojas de Recomendaciones y Checklist por todo el equipo de mejora, modificando algunos aspectos. El Proyecto se puso en marcha en Mayo de 2018. La hoja de Recomendaciones para la realización de la Amniocentesis se entrega junto al Consentimiento informado para Amniocentesis en consulta de Tocología tras informar a la gestante de la indicación de la misma y proporcionar asesoramiento genético. La hoja de Checklist en la Amniocentesis junto con la hoja de Solicitud de Diagnóstico Genético Prenatal se incluyen en la Historia Obstétrica de la gestante y se programa la Amniocentesis. En Septiembre de 2018, en Sesión Clínica se presentó a todo el personal del Servicio de Parto con los resultados alcanzados hasta ese momento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde Mayo de 2018 a Febrero de 2019 se han realizado 7 Amniocentesis. En relación a los Indicadores:
nº Amniocentesis con consentimiento firmado completo/ nº Total de Amniocentesis: 100%
Nº Hojas de Recomendaciones entregadas / Nº Total de Amniocentesis: 100%
Nº Checklist completados/ Nº total de Amniocentesis: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados obtenidos indican que la implicación por parte de todos los profesionales ha hecho que el Proyecto de Amniocentesis para Diagnóstico Prenatal en el Hospital de Alcañiz esté instaurado desde su inicio. Desde su puesta en marcha ha habido cambios en la plantilla tanto de obstetras como de matronas y el Proyecto de Amniocentesis ha permitido tener por escrito el Proceso de Amniocentesis adaptado a nuestro hospital, la verificación previa a la prueba mediante Checklist aumentando la seguridad de la gestante y se asegura la identificación de los profesionales que realizan y ayudan en la realización de la misma. Por otro lado, la hoja de Recomendaciones que se entrega a la gestante permite aumentar la comprensión del procedimiento ya que además de dar la información oral, la misma hoja tiene toda la información escrita tanto del día que se realiza la misma, las recomendaciones previas, recomendaciones post-amniocentesis, como le daremos los resultados y que día acudirá al control post-amniocentesis. No se incluyó como indicador, pero cabe señalar en este punto que todas las gestantes entendieron y cumplieron las recomendaciones previas y post-amniocentesis.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1104 ===== ***

Nº de registro: 1104

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1104

1. TÍTULO

PROCESO DE AMNIOCENTESIS PARA DIAGNOSTICO PRENATAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

PROCESO DE AMNIOCENTESIS PARA DIAGNOSTICO PRENATAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
SANCHO VIVES ESTHER, REAL CORDERO ESPERANZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El número de Amniocéntesis ha descendido en los últimos años gracias a la introducción del ADN fetal como prueba de Screening en las gestantes con riesgo intermedio, pasando la Amniocéntesis a realizarse en casos de un Screening de riesgo alto, marcadores ecográficos, anomalía cromosómica parental o en gestación previa, riesgo de infección fetal con PCR disponible,...
El obstetra que realiza la amniocéntesis necesita de un ayudante que conozca la técnica además de las contraindicaciones relativas para evitar errores y así aumentar la seguridad de la gestante.
En la actualidad, en nuestro centro, todos los obstetras de la plantilla realizan Amniocéntesis y durante el último año han ayudado enfermeras y/o matronas diferentes.
La instauración de un Proceso de Amniocéntesis en nuestro hospital, permitirá comprobar que está todo preparado correctamente mediante la aplicación de un checklist previo que permitirá evitar errores y/o la interrupción de la prueba, aumentando la seguridad de la gestante.

RESULTADOS ESPERADOS
Crear el Proceso de Amniocéntesis para diagnóstico prenatal
Crear una hoja informativa de Amniocéntesis y de recomendaciones post procedimiento para la gestante
Crear un checklist previo a la Amniocéntesis
Asegurar la identificación de los profesionales que realizan la Amniocéntesis
Implementar el Proceso de Amniocéntesis en todas las gestantes que precisen de esta prueba diagnóstica

MÉTODO
Revisar el Procedimiento de Amniocéntesis así como los circuitos de comunicación de consulta, laboratorio y ecografías de gine en nuestro hospital
Entregar hoja de recomendaciones junto con el consentimiento informado en consulta
Aplicar el checklist previo a la amniocéntesis
Anotar nombre del obstetra y enfermera/matrona que realizan la prueba
Dejar checklist cumplimentado en la Historia Obstétrica de la gestante que se devuelve a consulta

INDICADORES
nº Amniocéntesis con consentimiento firmado completo / nº total Amniocéntesis
nº Hojas de recomendaciones entregadas / nº total Amniocéntesis
nº Checklist completados / nº total Amniocéntesis

DURACIÓN
A lo largo del año 2018

OBSERVACIONES
-

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0385

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE CATARATA Y GLAUCOMA

Fecha de entrada: 27/02/2019

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.
CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER
EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN
GELI JUNYER CARMEN
GONZALEZ TOMAS BLANCA
GOMEZ BORRUEY ANA
BELLES CENTELLES SANDRA
DOMENECH BEIL LAURA

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 los procesos clínicos de la catarata y el glaucoma.
- 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 el glaucoma y sus protocolos quirúrgicos.
- o Se ha elaborado un protocolo, basado en la mejor evidencia posible, y adaptado a la estructura y tecnología de nuestro servicio. Dicho proyecto incluye:
 - ? Hoja de Protocolo de la técnica de cirugía de la Catarata, mejorando el anterior y añadiendo una serie de ítems muy útiles y precisos.
 - ? Creación de Protocolo de la técnica de cirugía de Glaucoma.
 - ? Elaboración de un Protocolo combinando en una sola hoja la técnica de la cirugía de la Catarata y el Glaucoma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- o Protocolos disponibles en la intranet para su difusión.
- o Se ha hecho un estudio sobre todas las historias clínicas de pacientes intervenidos de catarata, glaucoma y mixtas o combinadas, durante los meses de diciembre de 2018 y enero de 2019, cuyos resultados son de un 100%.

- 100% protocolos de catarata/atarata+glaucoma en los que consta etiqueta identificadora de la lente.
- 100% de intervenciones catarata/atarata+glaucoma en los que se identifica de forma inequívoca el modelo de lente implantada.
- 100% de registro de intervención en los que se detalla el abordaje quirúrgico planificado (incisión).
- 100% de registro de intervención en el que consta el uso/no uso de fenilefrina intracamerular.
- 100% de registros de intervención de glaucoma en los que consta la técnica utilizada, el procedimiento quirúrgico y las incidencias.

- o El impacto de este proyecto es doble: por un lado se consigue unificar criterios de actuación entre profesionales, 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 catarata, glaucoma o combinada.
- 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, además de todo el curso clínico, desde la exploración en consulta y propuesta de la intervención quirúrgica, hasta el alta hospitalaria, pasando por la atención en el área de la CMA el día de la intervención y el proceso quirúrgico propiamente dicho con los protocolos que aquí se describen.

7. OBSERVACIONES.

- o Además, una mejora real es aportar el Protocolo Qco. de Glaucoma y cirugía combinada que no existían previamente.
- o El equipo de trabajo considera que era imprescindible la incorporación de un protocolo de glaucoma y cirugía combinada que detallara los procedimientos de las diversas técnicas que existen en la actualidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0385

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE CATARATA Y GLAUCOMA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/385 ===== ***

Nº de registro: 0385

Título
PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE CATARATA Y GLAUCOMA

Autores:
LATRE REBLED BEATRIZ, CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER, EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN, BELLES CENTELLES SANDRA, DOBON ASCOZ ANA, GONZALEZ TOMAS BLANCA, CUARTERO LOZANO DAVID, GOMEZ BORRUEY ANA

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
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente en el Hospital de Alcañiz existen protocolos quirúrgicos para la intervención de catarata y glaucoma, que no se atienden fielmente a la actividad diaria de dichas cirugías.
Por ello, interesa la puesta al día de estos protocolos para reflejar por escrito nuestra práctica clínica-quirúrgica a día de hoy correctamente.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora de la asistencia sanitaria como fin último en base a:
- La correcta descripción y recogida de las maniobras y materiales quirúrgicos utilizados por el personal de enfermería y el/los cirujanos en cada una de las cirugías.
- La disminución de la variabilidad en la práctica quirúrgica, unificando criterios de actuación entre los profesionales.
- La disminución de procedimientos innecesarios durante la asistencia del paciente.

MÉTODO
1-Actualización y mejora de un protocolo basado en la evidencia y adaptado a los recursos de estructura y tecnología de nuestro hospital.
2-Creación de un grupo de trabajo.
3-Se programarán reuniones del grupo si se precisa actualizarlo.
4-Se colgará en intranet para su difusión.

INDICADORES
- Disponibilidad de todos los protocolos..
- Procedimiento aprobado por la dirección y colgado en intranet.
- % de pacientes intervenidos con registro del protocolo correctamente.

DURACIÓN
1 año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0171

1. TÍTULO

ADECUACION DEL SOPORTE AL FINAL DE LA VIDA DEL PACIENTE ONCOLOGICO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE NIEVES GALAN CERRATO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORDOÑEZ FERRER MARIA DEL MAR
CRUZ DAUDEN ALEJANDRO
REAL CORDERO ESPERANZA
ARIÑO ALBAJEZ ALICIA
ORTI MOLES JESSICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha realizado un seguimiento hasta el final de la vida del paciente oncológico.
- El éxito de dicha coordinación viene de la mano de los servicios implicados en cuidados de soporte al final de la vida, equipo de soporte domiciliario (ESAD) y del equipo completo del servicio de oncología médica.
- Se ha realizado una correcta comunicación con familiares y apoyo asistencial hasta el final de la vida.
- Los recursos necesarios: Recursos dentro de la práctica clínica habitual. No consumo de recursos materiales.
- Se ha incluido llamada telefónica a los familiares y /o paciente para adecuar el control de síntomas hasta el final de la vida. Se ha contribuido en la adecuación del soporte con recomendaciones de orientación de tratamiento sólo en caso de existir dudas por parte del equipo de oncología y/o ESAD.
- Se han incluido visitas médicas y enfermería de control de síntomas sin realizar alta médica en el servicio de oncología médica, cuando el paciente sólo ha requerido cuidados paliativos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Control de síntomas del paciente oncológico, familiares y satisfacción del equipo asistencial.
disminución de ingresos hospitalarios en caso de correcto control de síntomas en domicilio
Respeto de los deseos del paciente al final de la vida.
Apoyo en la primera fase de duelo en los familiares.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El control de síntomas del paciente oncológico al final de la vida, incluye un vínculo entre el servicio de oncología y aquellos servicios implicados con son ESAD, médicos de atención primaria, residencias, hospitalización... El correcto apoyo asistencial deriva en una disminución de ingresos hospitalarios innecesarios, así como respeto en las decisiones del final de la vida, como puede ser elegir fallecer en un ambiente domiciliario en aquellos casos en los que se pueda realizar.
El apoyo del equipo en el duelo de los familiares se puede realizar también con la implicación del servicio de oncología además de los servicios que ya tienen protocolarizado dicho procedimiento, como el ESAD.

7. OBSERVACIONES.

La principal limitación es la falta de tiempo asistencial para cada paciente, por lo que la implicación del equipo de oncología es la clave para realizar el apoyo hasta el final de la vida.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/171 ===== ***

Nº de registro: 0171

Título
ADECUACION DEL SOPORTE AL FINAL DE LA VIDA DEL PACIENTE ONCOLOGICO

Autores:
GALAN CERRATO NIEVES, ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, ORDOÑEZ FERRER MARIA MAR, CRUZ DAUDEN ALEJANDRO, REAL CORDERO ESPERANZA, ARIÑO ALBAJEZ ALICIA, ORTI MOLES JESSICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo Ambos sexos
Edad Adultos
Tipo Patología Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0171

1. TÍTULO

ADECUACION DEL SOPORTE AL FINAL DE LA VIDA DEL PACIENTE ONCOLOGICO

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

JUSTIFICACIÓN:

El paciente oncológico en situación terminal, es derivado al servicio de cuidados paliativos domiciliario en la mayoría de los casos. El problema actual y la tendencia de los hospitales es hacia la desvinculación de los cuidados al final de la vida. Desvinculación entre el servicio de oncología y el servicio de cuidados paliativos domiciliario, que incluye el proceso de duelo de los familiares.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO PRINCIPAL:

1. Adecuación del cuidado del paciente y familiares al final de la vida, incluyendo proceso de duelo.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

1. Ayuda en toma de decisiones al final de la vida

MÉTODO

MATERIAL:

El plan de comunicación entre los servicio de cuidados paliativos a domicilio y el servicio de oncología médica se realizará de dos maneras:

1- Visitas o reuniones periódicas, con una periodicidad bimensual.

En cada reunión de ambos servicios, se abordarán temas como dificultades del manejo de síntomas en domicilio, planificar ingresos puntuales, evitar ingresos hospitalarios innecesarios y/o pruebas innecesarias.

2.- Contacto telefónico en caso de mal control de síntomas

3- Contacto telefónico en caso de fallecimiento del paciente, para que su equipo médico pueda ayudar en el proceso de duelo.

INDICADORES

RESULTADOS Y EVALUACIÓN:

1. Registro de ingresos hospitalarios programados y urgentes de pacientes en cuidados paliativos domiciliarios.

2. Registro de llamadas para manejo de síntomas de pacientes en cuidados paliativos domiciliarios.

3. No podemos objetivar el grado de satisfacción de los familiares en el proceso de duelo del paciente.

Realizaremos un registro de aquellos pacientes que siguen cuidados domiciliarios hasta el fallecimiento del paciente que incluyan al menos una llamada telefónica por parte del servicio de oncología médica y/o de su oncólogo de referencia.

DURACIÓN

CRONOLOGÍA:

El periodo previsto para la realización del proyecto es de un año.

Periodo de implantación: 1 mes, hasta la formalización del mismo con la reunión de los servicios implicados.

(Hospital San Juan de Dios ayuda a domicilio y Servicio de oncología médica Hospital de Alcañiz).

Comunicación: prevista comunicación oral al congreso de calidad de Aragón junio 2018 para extrapolar el proyecto a otros servicios.

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES.

el fin de dicho proyecto es crear un circuito donde el paciente oncológico que es derivado a cuidados paliativos domiciliarios no se establezca fuera del marco del contexto donde ha sido tratado.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0172

1. TÍTULO

INFORMACION DE EFECTOS SECUNDARIOS DE INMUNOTERAPIA PARA PACIENTE, FAMILIARES Y SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE JUAN ANTONIO VERDUN AGUILAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GALAN CERRAYO NIEVES
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA
PEREZ VILLANUEVA MARIA MAR
BELENGUER CARRERAS LINA MARIA
ALVAREZ PONCE MARIA CARMEN
ARMAS PEREIRA SUSANA
SALVO INGLES NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

HEMOS REALIZADO EL FOLLETO DE INFORMACIÓN PARA DAR A LOS PACIENTES QUE RECIBEN INMUNOTERAPIA Y SE LO ESTAMOS DANDO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

EL ESTANDAR ES DAR ES EXPLICAR Y DAR EN LA CONSULTA EL FOLLETO INFORMATIVO; COSA QUE SE ESTÁ HACIENDO YA DE MANERA PROTOCOLARIA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL FOLLETO ES CLARAMENTE BENEFICIOSO NO SÓLO PARA EL PACIENTE QUE PUEDE CONSULTAR DATOS DE ALARMA EN RELACIÓN CON SU TRATAMIENTO, SINO QUE PARA EL MAP Y EL SERVICIO DE URGENCIAS, ENTRE OTROS, QUE PUEDEN SABER QUE TRATAMIENTO, TOXICIDADES, DATOS DE ALARMA Y PAUTAS TIENEN QUE SEGUIR

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/172 ===== ***

Nº de registro: 0172

Título
INFORMACION DE EFECTOS SECUNDARIOS DE INMUNOTERAPIA PARA PACIENTE, FAMILIARES Y SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA

Autores:
VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO, GALAN CERRATO NIEVES, ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, PEREZ VILLANUEVA MARIA MAR, BELENGUER CARRERAS LINA MARIA, ALVAREZ PONCE MARIA CARMEN, ARMAS PEREIRA SUSANA, SALVO INGLES NATIVIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

JUSTIFICACIÓN:

Los nuevos tratamiento de inmunoterapia administrados a los pacientes pueden llegar a provocar efectos secundarios moderados graves, cuyo tratamiento inicial es diferente a la toxicidad de los tratamiento citostáticos.
Las nuevas indicaciones de inmunoterapia en los diferentes tipos de tumores sólidos han cambiado durante el año 2017 y seguirán cambiando durante los próximos años.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0172

1. TÍTULO

INFORMACION DE EFECTOS SECUNDARIOS DE INMUNOTERAPIA PARA PACIENTE, FAMILIARES Y SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA

OBJETIVOS:

1. Informar al paciente, familiares y al servicio de urgencias de los posibles efectos secundarios de los nuevos tratamientos administrados.
2. Recomendaciones de actuación urgente y pauta inicial de tratamiento.

MÉTODO

ACCIONES PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS:

- 1 - Crear hoja para entregar al paciente con:
 - el nombre del fármaco administrado
 - los efectos secundarios más frecuentes producidos por el mismo en los ensayos clínicos fase 3 de aprobación del mismo
 - las recomendaciones de tratamiento inicial.
- 2 - Notificar el cambio en el paradigma del tratamiento del cáncer al servicio de Urgencias hospitalaria. Se precisará una reunión informativa o sesión clínica entre los servicios de oncología médica y urgencias.

INDICADORES

INDICADORES DE EVALUACIÓN.

- registro de número de consultas a urgencias al año de efectos secundarios producidos por inmunoterapia en paciente oncológico.
- registro de ingresos hospitalario por toxicidad secundaria a inmunoterapia.

DURACIÓN

DURACIÓN. CRONOLOGÍA:

- Instauración durante el periodo de 2 meses.
- Reunión del servicio de oncología médica y del servicio de Urgencias del hospital de Alcañiz.
- De abril a mayo de 2018
- Registro de eventos durante 1 año de forma prospectiva.
- De mayo de 2018 a mayo de 2019

OBSERVACIONES

AMPLIACIÓN DEL PROYECTO:

Está previsto ampliar el proyecto a recomendaciones del paciente hematológico con tratamiento de inmunoterapia que requiera un manejo de toxicidades diferente a la toxicidad por quimioterapia.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0202

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN POSTER PARA LA ACTUACION RAPIDA ANTE LA EXTRAVASACION DE UN FARMACO CITOSTATICO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE JESSICA ORTI MOLES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARIÑO ALBAJEZ ALICIA
ALVAREZ PONCE MARIA CARMEN
GALAN CERRATO NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se ha elaborado un póster tamaño A2 (594x 420 mm) dónde queda reflejado un algoritmo de actuación rápida en caso de extravasación de fármacos citostáticos, así como un cuadro diferenciando los distintos fármacos según su grado de agresividad tisular.

Ha sido revisado por Oncología médica, siendo aprobado por la Dirección.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Se ha conseguido unificar la práctica en el trabajo diario.

-Se ha realizado una actualización del protocolo existente

-Facilita la práctica tanto a la gente del servicio como al personal de nueva incorporación o correturnos

-Fácil acceso y visualización rápida

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Muy valorado por el personal de Oncología ya que ha contribuido a unificar criterios y a disminuir el tiempo de actuación en un caso de urgencia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/202 ===== ***

Nº de registro: 0202

Título
ELABORACION DE UN POSTER PARA LA ACTUACION RAPIDA ANTE LA EXTRAVASACION DE UN FARMACO CITOSTATICO

Autores:
ORTI MOLES JESSICA, REAL CORDERO ESPERANZA, ARIÑO ALBAJEZ ALICIA, ALVAREZ PONCE MARIA CARMEN, ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO, GALAN CERRATO NIEVES, FERNANDEZ ALONSO EDGAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La extravasación de un fármaco citostático es una de las complicaciones más graves que conlleva la administración intravenosa de dichos fármacos debido a la negativa repercusión sobre la salud del paciente, por lo tanto es imprescindible un correcto establecimiento de las pautas de actuación y darlas a conocer al personal de nuestro servicio.

Dicho problema es algo poco frecuente en nuestro servicio por lo que el personal del Hospital de día del Hospital de Alcañiz precisa de una herramienta de fácil acceso a la que acceder ante tal problema.

RESULTADOS ESPERADOS

-DISMINUIR EL TIEMPO DE ACTUACIÓN ANTE EL ACONTECIMIENTO.
-AUMENTAR LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO ADMINISTRADO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0202

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN POSTER PARA LA ACTUACION RAPIDA ANTE LA EXTRAVASACION DE UN FARMACO CITOSTATICO

- DISMINUIR LAS COMPLICACIONES EN EL PACIENTE
- AUMENTAR LA SEGURIDAD Y CONFIANZA DEL PROFESIONAL
- FACILITAR EL TRABAJO DEL PROFESIONAL

MÉTODO

- REVISIÓN DEL PROTOCOLO DEL SERVICIO
- UNIFICAR CRITERIOS DENTRO DEL EQUIPO
- REALIZACIÓN DE UN PÓSTER (TIPO ALGORITMO)

INDICADORES

- GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DEL SERVICIO (DE 0 A 5: 0 - POCO SATISFECHO, 5: MUY SATISFECHO)
- CLARIDAD EN LA EXPOSICION DE LAS PAUTAS (DE 0 A 5: 0- POCO SATISFECHO, 5: MUY SATISFECHO)
- UTILIDAD DEL POSTER EN ELMOMENTO DE URGENCIA (DE 0 A 5 : 0 POCO SATISFECHO, 5: MUY SATISFECHO)

DURACIÓN

- MARZO 2018: REUNION DEL PERSONAL DEL SERVICIO PARA:
 - *REVISIÓN DEL PROTOCOLO EN COLABORACIÓN CON LOS FARMACEUTICOS
 - * REUNIR LOS DATOS NECESARIOS PARA EL PÓSTER
 - *ELABORACIÓN DEL BORRADOR DEL PÓSTER: LA RESPONSABLE DEL PROYECTO PRESENTARÁ UN BORRADOR DE PÓSTER QUE LO MANDARÁ POR CORREO ELECTRÓNICO AL RESTO DEL EQUIPO PARA SU EVALUACIÓN
 - *REALIZACIÓN DEL PÓSTER
- DICIEMBRE 2018: EVALUACIÓN DEL PROYECTO MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DEL SERVICIO.
- REVISIÓN DEL PÓSTER CADA VEZ QUE SE CAMBIEN LOS PROTOCOLOS.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1373

1. TÍTULO

REVISION Y PROTOCOLIZACION DE LAS PAUTAS DE ANTIEMESIS EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS UTILIZADOS EN HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA ALVAREZ ALEJANDRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VEDUN AGUILAR JUAN ANTONIO
GALAN CERRATO NIEVES
ARIÑO ALBAJEZ ALICIA
ORTI MOLES JESSICA
ARMAS PEREIRA SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En la actualidad, se ha hecho una revisión de las principales guías de antiemesis en la sociedad oncológica y se está procediendo a la unificación de las pautas de antiemesis utilizadas en nuestro Servicio. Una vez unificadas, se procederá a la creación de dichos protocolos en el programa de farmacia y la elaboración de los "paquetes" de antiemesis en Hospital de día.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado un estudio de las recomendaciones actuales de las principales guías clínicas en antiemesis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gracias a esta revisión, nos hemos dado cuenta de la variabilidad en las pautas de antiemesis utilizadas. Se ha visto como un punto favorable la unificación de dichas pautas de cara a facilitar el trabajo en la prescripción de los tratamientos oncológicos y en la administración de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1373 ===== ***

Nº de registro: 1373

Título
REVISION Y PROTOCOLIZACION DE LAS PAUTAS DE ANTIEMESIS EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS UTILIZADOS EN HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

Autores:
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, VEDUN AGUILAR JUAN ANTONIO, GALAN CERRATO NIEVES, FERNANDEZ ALONSO EDGAR, ALONSO TRIANA YARA MARIA, ARIÑO ALBAJEZ ALICIA, ORTI MOLES JESSICA, ARMAS PEREIRA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los tratamientos utilizados en Oncología tienen una serie de efectos secundarios entre los que se encuentran las náuseas y los vómitos. No todos los fármacos tienen el mismo riesgo emetógeno y según sea, la pauta utilizada de antiemesis puede variar. Por otra parte, en los últimos años hemos asistido a la incorporación de nuevos antieméticos lo que conlleva una modificación en dichas pautas de antiemesis. La estandarización de los esquemas de antiemesis se impone para simplificar el trabajo en Hospital de día, evitar errores, unificar criterios y ajustarlos a las principales guías oncológicas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar las pautas de antiemesis utilizadas en Hospital de Día de Oncología siguiendo las principales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1373

1. TÍTULO

REVISION Y PROTOCOLIZACION DE LAS PAUTAS DE ANTIEMESIS EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS UTILIZADOS EN HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

guías oncológicas.

- Agrupar las pautas utilizadas según el riesgo emetógeno del tratamiento oncológico (alto riesgo, moderado riesgo, bajo riesgo y mínimo riesgo).
- Crear protocolos de antiemesis previo al tratamiento en el programa de prescripción electrónica de farmacia y asociarlos a los distintos esquemas de tratamiento.
- Elaborar "paquetes de antiemesis" para domicilio que se entregarán al finalizar el tratamiento en Hospital de Día a cada paciente. Dichos paquetes preelaborados, facilitarán el trabajo de enfermería y minimizarán la probabilidad de error y confusión. Asimismo, llevarán incorporada una pequeña explicación de la pauta para el paciente que será explicada en cada caso.

MÉTODO

- Sesiones conjuntas de los Servicios de Oncología y Farmacia en las que se revisen las principales guías oncológicas y se unifiquen criterios.
- Incorporación de los protocolos de antiemesis en el programa de prescripción electrónica.
- Elaboración de los "paquetes de antiemesis para domicilio" por parte de Enfermería de Hospital de Día.

INDICADORES

- Porcentaje de esquemas de tratamiento oncológico con su pauta de antiemesis correspondiente.
- Porcentaje de pacientes a los que se les entrega el "paquete de antiemesis para domicilio".

DURACIÓN

Año 2018 - 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0290

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE IMAGENES LARINGEAS PATOLOGICAS TOMADAS POR FIBROSCOPIA

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE FERNANDO MOLINER PEIRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ ROMERO BEGOÑA
MILIAN RILLO ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto consistía en la digitalización de imágenes laríngeas patológicas en un servidor seguro, tomadas por fibroscopia y con el programa de captura de imágenes Mediacapture. Tras instalación y aprendizaje del manejo del software se comienza en el mes de Enero a capturar todas las imágenes patológicas que se aprecian en los pacientes al realizar la fibroscopia. Las imágenes son enviadas al Servicio de Anatomía Patológica, para que tenga una imagen macroscópica de la lesión al solicitar el estudio anatomopatológico de la biopsia realizada. Cuando se precisa derivación a tratamiento posterior a Hospital Miguel Servet, también remitimos la imagen.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 1% de pacientes a los que se realiza fibroscopia laríngea y presentan imagen patológica y se realiza registro con el programa Medi-Capture: Se almacenado las imágenes patológicas de todos los pacientes (100%) con imágenes sospechosas o susceptibles de realizar una biopsia posterior.00% de la imágenes patológicas se han digitalizado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El software nos permite múltiples ventajas:

- Proporcionar imágenes al Servicio de Anatomía Patológica para que tenga una imagen macroscópica de la lesión en el momento del diagnóstico, aumentando la precisión diagnóstica.
- Proporcionar imágenes en caso de derivación a tratamiento posterior a Hospital Miguel Servet junto con el informe anatomopatológico para que tenga una imagen macroscópica de la lesión en el momento del diagnóstico, mejorando la comunicación y la continuidad asistencial
- Las imágenes nos sirven de referencia para realizar un seguimiento posterior de las lesiones o del tratamiento realizado, mucho más preciso que los dibujos que realizábamos anteriormente

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/290 ===== ***

Nº de registro: 0290

Título
INFORMATIZACION EN UN SERVIDOR SEGURO LAS IMAGENES PATOLOGICAS DE FIBROSCOPIA LARINGEA

Autores:
MOLINER PEIRO FERNANDO, SANZ ROMERO BEGOÑA, MILIAN RILLO MARIA ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Inflamatoria de la laringe
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente las imágenes patológicas que vemos en la fibroscopia laríngea la dibujamos en la historia clínica. Lo que deseamos es que las imágenes patológicas se guarden en un servidor seguro y de esa manera ver la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0290

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE IMAGENES LARINGEAS PATOLOGICAS TOMADAS POR FIBROSCOPIA

imagen real y poder revisarla en la evolución

RESULTADOS ESPERADOS

Incluir en un Servidor seguro todas las imágenes patológicas de la fibroscopia laríngea

MÉTODO

Instalación de software Medi-Capture por parte del Servicio de informática

Conexión con el Fibroscopio

Formación para el manejo del Software

INDICADORES

% de pacientes a los que se realiza fibroscopia laríngea y presentan imagen patológica y se realiza registro con el programa Medi-Capture

DURACIÓN

Mayo 2017 instalación de software Medi-Capture y grabarlo en un servidor seguro

Junio 2017 Inicio de la 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 RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0341

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA VALORACION Y TRATAMIENTO DEL FRENILLO SUBLINGUAL EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 18/02/2019

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
OCHOA GOMEZ LAURA
GARCIA LORENTE ONCEPCION
MARTINEZ SORIANO MARIA
OLIVEROS GARIN ANABEL
CATALA HERNANDEZ MARIA LUISA
ROCA PONZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un documento de actuación sobre el frenillo sublingual que se ha difundido en forma de sesión clínica a todo el Servicio y personal de Pediatría.
El proyecto se ha implementado sobre todos los RN de la planta de maternidad durante los meses de, Noviembre y Diciembre de 2018 y Enero de 2019 (122 recién nacidos). En todos ellos se ha valorado la presencia de frenillo sublingual según la clasificación de la Dra. Elizabeth Coryllos y Catherine Watson Genna durante la revisión rutinaria que se hace a diario en la planta por parte del pediatra, y se registró en su historia.
Se identificaron 16 niños con frenillo sublingual (13%), la mayoría de ellos de grado 2 y 3. No habiendo registrado ninguno de grado 4, quizá porque son más difíciles de visualizar y, sobre todo, si no identificamos asociados problemas en la lactancia materna. Todos los recién nacidos recibieron también valoración de la técnica de lactancia materna para detectar si existían problemas en la misma y razones médicas aceptables para la indicación de frenotomía (recordamos que no todos los niños con frenillo precisan su sección). Se indicó en aquellos casos en que, una vez corregidas, el resto de variables más frecuentes que pueden influir sobre la lactancia como son el agarre, postura... etc, persistían los problemas. Por lo que, finalmente, se procedió a la sección de 10 frenillos, que se realizaron sin incidencias. Todas las frenotomías se realizaron previa firma del consentimiento informado por parte de los padres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se intervinieron 10 pacientes (8% de los recién nacidos en el período). Al 100% de los padres a cuyos hijos se les realizó la frenotomía recibieron una hoja informativa con los ejercicios de fisioterapia que deben realizarse en los primeros días para mejorar la succión y evitar que la lengua pueda, en algunos casos, volver a quedar anclada. Tras la frenotomía se valoró conjuntamente con la madre la mejoría de las dificultades en la lactancia, consiguiéndose en el 100% de los casos el objetivo. No se registró ninguna complicación. Estos son los resultados de los indicadores propuestos:

- -Numero total de RN con frenillo que interfiere en la lactancia/ Numero total de RN con frenillo x 100=
62,5%
- Numero total de frenotomías por interferencia con la lactancia/ Numero total de frenotomías x100
- Numero de hojas de rehabilitación entregadas/Numero total de frenotomías realizadas x100

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El objetivo del proyecto era mejorar y apoyar la lactancia materna durante el ingreso en la planta de maternidad, a través del tratamiento adecuado de los frenillos sublinguales. Hemos podido comprobar que es importante valorar la presencia de frenillo (13% de los niños) como causa de problemas con la lactancia materna, ya que, si no se corrige, puede llevar al abandono de la misma, lo que no es adecuado en un Hospital que está en fase de acreditación IHAN. Todo esto nos ha llevado a mantener este proyecto activo como parte de la exploración rutinaria del recién nacido, con el fin de mantener nuestro apoyo a la lactancia materna

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/341 ===== ***

Nº de registro: 0341

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA VALORACION Y TRATAMIENTO DEL FRENILLO SUBLINGUAL EN EL SERVICIO DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0341

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA VALORACION Y TRATAMIENTO DEL FRENILLO SUBLINGUAL EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
CLAVERO MONTAÑES NURIA, ORDEN RUEDA CLAUDIA, OCHOA GOMEZ LAURA, GARCIA LORENTE ONCEPCION, MARTINEZ SORIANO MARIA, OLIVEROS GARIN ANABEL, CATALA HERNANDEZ MARIA LUISA, ROCA PONZ MARIA PILAR

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se habla mucho de anquiloglosia o frenillo lingual corto como factor perturbador de la lactancia materna. La lengua está sujeta al suelo de la boca y no puede realizar los movimientos necesarios para que el bebé pueda mamar de manera eficaz sin comprometer el bienestar de su madre.

El frenillo está bajo la lengua, insertado, de manera ideal, dentro de la lengua. Sin embargo, cuando en etapas embrionarias se desarrolla la cavidad oral y los músculos el frenillo puede quedar fuera de la lengua, lo que impide los movimientos de la lengua que permiten al bebé tomar la leche. Estos movimientos son necesarios para que el bebé pueda mamar de manera

placentera y eficaz y para que de ués pueda realizar los movimientos necesarios para tragar el bolo digestivo con facilidad.

El frenillo no tiene ninguna función específica si está situado fuera de la lengua por lo que seccionarlo, si es necesario, no perjudica al bebé. Sin embargo la anquiloglosia puede perjudicar tanto a la madre como al bebé.

Para la madre, el mayor inconveniente es el dolor: se producen grietas, isquemias e infecciones bacterianas. Hay casos de hipogalactia y también de madres cuyas glándulas mamarias para compensar el problema disparan la producción, lo que hace que padezcan ingurgitaciones constantes.

Para los bebés, las consecuencias del frenillo corto pueden variar mucho. A corto plazo afectan negativamente a la lactancia, a medio y largo plazo causan también otros trastornos: si la lengua no tiene capacidad de elevación por frenillo corto se afecta toda la estructura maxilofacial, respiran más por la boca que por la nariz, duermen con la boca abierta y roncan durante el sueño aumentando la predisposición a bronquitis y neumonías. Hay estudios que relacionan la anquiloglosia con > incidencia de apneas del sueño. La maloclusión dental es otro problema derivado. Y al crecer, surgen problemas logopédicos en la pronunciación.

Podríamos resumir que el frenillo corto puede causar dificultades en la lactancia y, a posteriori, otros trastornos, por lo que es necesaria una evaluación específica del frenillo corto en las parejas madres/bebés que presenten obstáculos en la lactancia.

Cuando observamos una toma, habría que ir mucho más allá de la simple verificación de un buen agarre y una buena postura, puesto que la lengua es uno de los primeros motores de la lactancia y debe funcionar perfectamente para conseguir una lactancia materna placentera y eficaz para madre y bebé.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto se realizará sobre todos los RN de la planta de maternidad, en el periodo de tiempo establecido. Se llevará a cabo:

-Valoración clínica de la presencia de frenillo sublingual, según clasificación de Coryllos-Watson Genna
-Valoración de la presencia de dificultades en la lactancia materna.

El objetivo final es mejorar y apoyar la lactancia materna durante el ingreso en maternidad, a través del ttº adecuado de los frenillos sublinguales.

MÉTODO

Hay que evaluar el grado de movilidad de la lengua. La elevación parece ser el movimiento que más influye en la lactancia, por lo que debe pesar más que los demás parámetros al evaluar la anquiloglosia.

La valoración del tipo de frenillo se hace de manera visual o digital (clasificación de Coryllos-Watson Genna).

Es importante señalar que tener un tipo u otro de anquiloglosia no supone mayor o menor dificultad para mamar. Sin embargo, esta clasificación nos permite usar una nomenclatura común. Si es necesario, la intervención más habitual para intervenir la anquiloglosia se denomina frenotomía. Se puede realizar de forma ambulatoria por profesional con experiencia o de forma quirúrgica por cirujano.

Actualmente hay evidencia científica suficiente que sugiere que la frenotomía se asocia con mejoras de la lactancia materna. Y es importante realizar, tras frenotomía, ejercicios de fisioterapia para mejorar la succión y evitar que la lengua quede de nuevo anclada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0341

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA VALORACION Y TRATAMIENTO DEL FRENILLO SUBLINGUAL EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

INDICADORES

- Registro en historia del recién nacido de la presencia o no de frenillo sublingual (Estándar 100%)
 - Registro en la historia clínica de la presencia o no de problemas en la lactancia materna (Estándar 100%)
 - Registro en la historia de la aplicación o no de frenotomía. (Estándar 100%)
 - Registro de entrega a los padres de hoja de ejercicios de rehabilitación tras frenotomía
- Indicadores:
- (Nº total de RN con frenillo que interfiere en la lactancia/ Nº total de RN con frenillo) x 100
 - (Nº total de frenotomías por interferencia con la lactancia/ Nº total de frenotomías) x100
 - Nº de hojas de rehabilitación entregadas/Nº total de frenotomías realizadas) x100

DURACIÓN

Se recogerán datos durante 3 meses.

La valoración del frenillo se hará en las exploraciones al RN por parte del pediatra. Y los posibles problemas en relación a la lactancia materna serán valorados durante todo el ingreso por cualquiera de los profesionales implicados en el proceso, quedando constancia en la HC. Si hay que realizar frenotomía, debe quedar recogido en la HC del RN que se ha facilitado a los padres hoja de ejercicios para rehabilitar la succión.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0344

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIATRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACION EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE CLAUDIA ORDEN RUEDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLAVERO MONTAÑES NURIA
BERDUN CHELIZ ENRIQUE
PALOMAR JOVEN MARTA
DOMINGO LOPEZ RAQUEL
GARCIA VILLAR PILAR
FERNANDEZ ARENAS EMILIA
COMAS MANAUTA EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó un check list por un grupo de trabajo multidisciplinar y se difundió al equipo mediante sesión clínica. Este Checklist o lista de verificación revisa de manera sistematizada y continua el manejo de cada paciente trasladado, revisa la parte correspondiente del equipamiento y material en el que se incluye los datos del paciente y la historia clínica, la monitorización pautada, el material necesario para mantener una adecuada ventilación, circulación e inmovilización; además examina el equipo y la organización teniendo en cuenta el médico responsable del paciente, las valoraciones del mismo y la presencia del personal de enfermería y, por último, las actuaciones que ha recibido el paciente como son las constantes tomadas, las interconsultas realizadas y las pruebas complementarias, las órdenes y tratamiento pautado y el evolutivo completo del paciente. De esta forma, se deduce, aunque de forma subjetiva, que se ha evitado la pérdida de información relevante acerca de la situación clínica del paciente y se ha requerido una mayor implicación de todo el Servicio

El check list para el transfer de pacientes trasladados en ambulancia se ha realizado durante 6 meses a todos los pacientes trasladados desde Junio de 2018 a Diciembre de 2018 desde la Planta de Pediatría hasta el Hospital de referencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En total se han trasladado a 14 pacientes durante este periodo y se ha realizado a los 14 pacientes, es decir al 100% de los pacientes trasladados en ambulancia. En todos estos casos se revisaron, en el momento del traslado, aquellos puntos donde pueden surgir errores tanto humanos como materiales. En todos los casos se registraron los diagnósticos de los pacientes trasladados, y en todos los casos se constaba la firma del médico y la enfermera responsable del traslado.

Se han registrado 3 incidencias: En una de ellas se recoge que la incubadora de transporte no mantiene adecuadamente la temperatura por lo que se pone en conocimiento del Servicio de mantenimiento ese mismo día y se da solución, en otra ocasión hay problemas con el respirador de transporte y se observa que falta una pequeña pieza que repone mantenimiento, y en la última incidencia se recoge que la incubadora de la sala de exploración tiene una excesiva humedad y no consigue proporcionar el FiO2 deseado al recién nacido por lo que también se comunica a la casa del fabricante de la incubadora y a mantenimiento poniendo solución. A uno de los pacientes trasladados hubo que cambiarle la vía intravenosa antes de salir hacia el hospital de destino por comprobar que no funcionaba bien.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La hoja de verificación reduce los posibles errores, tanto humanos como materiales, que pueden surgir, anticipándonos y evitando posibles problemas durante el traslado. Al ser una herramienta bien aceptada, que mejora de la calidad asistencial, hemos decidido incluirla en nuestra práctica habitual.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/344 ===== ***

Nº de registro: 0344

Título
IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIATRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACION EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0344

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIATRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACION EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

Autores:

ORDEN RUEDA CLAUDIA, CLAVERO MONTAÑES NURIA, BERDUN CHELIZ ENRIQUE, PALOMAR JOVEN MARTA, DOMINGO LOPEZ RAQUEL, GARCIA VILLAR PILAR, FERNANDEZ ARENAS EMILIA, COMAS MANAUTA EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIAS QUE REQUIERAN TRASLADO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes ingresados en la planta de pediatría frecuentemente lo hacen por causas leves o moderadas, cuando lamentablemente, la situación es grave, crítica o que requiere de recursos que no tenemos en la planta de hospitalización de un hospital comarcal se requiere el traslado de los mismos a hospitales de tercer nivel. Durante este traslado nos vemos sometidos a cierta presión y nerviosismo pues tenemos que transmitir toda la información acerca del estado del paciente y, al mismo tiempo, verificar que el paciente esté estable previo a su traslado. Cuando acude el servicio de ambulancia medicalizada a recoger a dichos pacientes, el momento del pase de la información del mismo es crítico. El objetivo es estandarizar este pase con el fin de mejorar la transmisión de información de dichos pacientes para tratar de disminuir errores de comunicación que frecuentemente causan riesgos para la seguridad del paciente.

Está ampliamente aceptado que el factor fundamental para evitar la aparición de complicaciones que deriven en un aumento de la morbilidad y mortalidad es una adecuada planificación, consistente en: 1) estabilización previa del enfermo, 2) valoración de peligros potenciales y de las necesidades individuales, 3) necesidad de monitorización, 4) preparación del material y 5) mantenimiento de la vigilancia clínica y tratamiento instaurado en planta. Todos estos aspectos se manejan de forma más segura con una hoja de verificación pues facilita su cumplimiento y mejora la seguridad y, en consecuencia, la estabilidad de este.

RESULTADOS ESPERADOS

Con el uso de esta herramienta se revisará de manera sistematizada y continua el manejo de cada paciente trasladado requiriéndose una mayor implicación de todo el Servicio. Se espera observar, aunque de manera subjetiva, una mejora del traspaso de información acerca de estos. Gracias a la detección de errores a través del checklist se evitará la pérdida de información relevante acerca de la situación clínica del paciente. Se trata de un proyecto de mejora que se perfeccionará en un futuro próximo cuando se detecten los errores más frecuentemente realizados.

MÉTODO

Creamos una lista de verificación o checklist (ANEXO 1) como herramienta de ayuda para el pase o handoff de los pacientes que van a ser trasladados desde la planta de hospitalización. Esta herramienta se utiliza de manera prospectiva durante 6 meses, con el fin de detectar posibles puntos de mejora e implantarlo en un futuro próximo.

INDICADORES

Cumplimentación Lista de Verificación o check-list por parte del médico-enfermera responsable del traslado (estándar 100%)
Firma de médico y enfermera responsable del traslado (estándar 100%)
Registro de pacientes trasladados con sus diagnósticos (estándar 100%)

DURACIÓN

Se implantará durante 6 meses, iniciándose en Junio de 2018 con el fin de detectar posibles puntos de mejora e implantarlo en un futuro próximo.

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) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0344

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIATRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACION EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0484

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS CESAREAS EN AREA DE DESPERTAR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE LAURA OCHOA GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BERDUN CHELIZ ENRIQUE
MARIN ABAD TERESA
ANDRES LOPEZ VANESA
GASCON POLO MARIA PILAR
ESPINAL HERNANDEZ ANDREA
BARRABES SANCHEZ MYRIAM
SANCHO VIVES ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un protocolo para la realización correcta del contacto piel con piel tras cesáreas en el área de despertar del H. Alcañiz. En el mes de septiembre, este protocolo ha sido consensuado por los distintos servicios implicados: Servicio de Pediatría, Servicio de Obstetricia, Servicio de Anestesia, así como por la Supervisora del área quirúrgica y la Directora de Enfermería del hospital. Se ha informado al personal implicado en ello y se ha puesto en marcha.

Se ha elaborado una hoja de registro de la realización de este contacto en el área del despertar (con instrucciones de cómo rellenarla), debiendo ser firmada por el personal implicado en ello. Esta hoja de registro se recogía en el Servicio de pediatría al llegar el recién nacido a la planta.

La recogida de los datos se ha realizado durante 3 meses: 15 de octubre de 2018 al 15 de enero de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el periodo a estudio en nuestro hospital se produjeron 109 partos, siendo 20 mediante cesáreas (18.3%), 2 de ellos gemelares.

Hemos recogido 17 hojas de registro del contacto piel con piel. De ellas, en 3 casos se contraindicó el contacto piel con piel por patología del RN o de la madre. En el resto de 14 registros sí que se realizó el CPP con la madre en el despertar, con un tiempo transcurrido desde el nacimiento y el CPP de 60 min. En los 14 casos, se hizo previamente el CPP con el padre.

En ningún caso se registró ninguna incidencia durante el tiempo del CPP con la madre ni con el RN en el área del despertar.

Indicadores:

- Número de Hojas de registro de la realización de CPP tras cesárea / Número total de cesáreas: 85%
- Número de casos de realización de CPP madre-hijo tras cesárea sin contraindicación/número total de cesáreas: 100%
- Número de casos CPP padre-RN hasta llegada de la madre al despertar/Número total de cesáreas: 100% (excluidas las contraindicaciones por patología del RN)
- Tiempo transcurrido desde el nacimiento y el CPP madre-hijo en despertar: 60 min

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la elaboración consensuada y puesta en marcha de este protocolo para la realización del CPP tras cesárea en sala de despertar en nuestro hospital, se va a permitir que se aplique como un procedimiento de cuidados habituales madre-hijo en todos los casos en los que se realice una cesárea y no exista una contraindicación en la madre o en el recién nacido. El objetivo de ello es conseguir crear un entorno similar al del postparto tras parto vaginal, sin olvidar que se trata de una cirugía mayor, por los grandes beneficios que genera tanto para la madre como para el RN.

Hasta ahora, este procedimiento se realizaba de manera discontinua, en dependencia de la predisposición del personal del área del despertar que hubiera en el momento de la realización de la cesárea.

Sería recomendable que el tiempo transcurrido entre la hora de nacimiento y el CPP madre-hijo fuera menor al que hemos registrado, para aumentar los beneficios en la madre y el RN.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/484 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0484

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS CESAREAS EN AREA DE DESPERTAR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Nº de registro: 0484

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS CESAREAS EN AREA DE DESPERTAR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
OCHOA GOMEZ LAURA, BERDUN CHELIZ ENRIQUE, MARIN ABAD TERESA, ANDRES LOPEZ VANESA, GASCON POLO MARIA PILAR, ESPINAL HERNANDEZ ANDREA, BARRABES SANCHEZ MIRIAM, SANCHO VIVES ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: LACTANCIA MATERNA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La práctica del contacto piel con piel (CPP) entre la madre y el recién nacido inmediatamente tras el nacimiento, tiene grandes beneficios para ambos ampliamente demostrados. Esta práctica favorece el inicio de la lactancia materna desde el mismo momento del nacimiento del bebé, así como su mantenimiento posterior, además en el recién nacido se produce una mejor regulación metabólica, de la temperatura, menos llanto y una conducta afectiva más satisfactoria. En la madre destaca que previene la atonía uterina, debido a que el contacto con el neonato en los primeros momentos tras el parto, desencadena en la madre reflejo vagal que aumenta la secreción de oxitocina provocando una mejor involución uterina, una disminución de la hemorragia posparto y por tanto una mejoría de la anemia puerperal.

Estas evidencias han hecho que las sociedades científicas y las instituciones nacionales e internacionales recomienden su aplicación tanto en los partos normales como en las cesáreas. El CPP forma parte de los diez pasos de la "Iniciativa para la Humanización de la Atención al Nacimiento" (IHAN), está incluido en la "Declaración de Barcelona sobre los derechos de la Madre y el Recién Nacido" (2001), en las recomendaciones del Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (2001), en las del Comité de Lactancia Materna de la AEPED (2005), y en las de la Sección de Lactancia Materna de la Academia Americana de Pediatría (2005).

Desde la publicación de la estrategia de atención al parto normal del Ministerio de Sanidad, esta práctica se va implantando progresivamente en España y el CPP en los partos vaginales se realiza en casi todos los centros sanitarios. Sin embargo, cuando una embarazada precisa la realización de una cesárea, lo habitual es la separación de la madre y su hijo.

En el supuesto de no poder practicar el CPP con la madre, la OMS y la IHAN recomiendan practicarlo con el padre, pues en estos casos el recién nacido también se tranquiliza, deja de llorar y facilita el desarrollo de comportamiento prealimenticio del bebé, además de reforzar el papel paterno.

En nuestro centro en los partos vaginales, si el recién nacido no precisa reanimación, al nacimiento se realiza el CPP madre-hijo inmediato sin interrupción. En el caso de parto mediante cesárea, se inicia CPP padre-hijo tras la valoración del recién nacido por pediatra, si el padre lo desea, y dependiendo de las condiciones del área de despertar y del personal sanitario que esté en esos momentos, se realiza CPP madre-hijo en el despertar, que no suele ser antes de los 30 minutos tras el nacimiento.

La existencia de un protocolo consensuado sobre la forma de realizar el CPP tras las cesáreas entre los servicios implicados va a permitir aplicarlo como un procedimiento de cuidados habituales con el objetivo de conseguir un entorno similar al del postparto tras un parto vaginal, pero sin olvidar que se trata de una cirugía mayor.

RESULTADOS ESPERADOS

- Protocolizar el proceso de la realización del CPP madre-hijo tras las cesáreas en área de despertar
- Favorecer el ambiente adecuado para poder realizar el CPP con las madres que lo deseen en el área del despertar tras una cesárea
- Ofrecer el apoyo necesario en el área de despertar por el personal sanitario
- Favorecer el acompañamiento por parte del padre durante el CPP

MÉTODO

Se va a elaborar un protocolo para realizar CPP madre-hijo consensuado con todos los servicios implicados (servicio de pediatría, servicio de anestesia, personal de quirófano, personal de paritorio, personal de planta de maternidad)

Se va a elaborar una hoja de registro para valorar si existen factores que pueden ocasionar incidencias o contraindicar el CPP precoz madre-hijo y para llevar el control de la realización del CPP tras la cesárea en el área de despertar de nuestro hospital.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0484

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS CESAREAS EN AREA DE DESPERTAR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

INDICADORES

- Número de Hojas de registro de la realización de CPP tras cesárea en la historia del Recién Nacido/ Número total de cesáreas (ESTANDAR 100%)
- Número de casos de realización de CPP madre-hijo tras cesárea sin contraindicación materna/neonatal/ Número total de cesáreas (ESTANDAR 80%)
- Número de casos de CPP padre-RN hasta llegada de la madre al despertar/Número total de cesáreas (ESTANDAR 100%)
- Tiempo transcurrido desde el nacimiento y el CPP madre-hijo en despertar

DURACIÓN

En los primeros 3 meses se va a proceder a la elaboración del protocolo para realizar CPP madre-hijo tras cesáreas en área de despertar consensuado por todos los servicios implicados. Se elaborará también una hoja de registro para el control de cómo se realiza ese CPP.
Durante los 3 meses siguientes tras la puesta en marcha del protocolo se realizará la monitorización de las hojas de registro del control de CPP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0981

1. TÍTULO

PICTOGRAMA PARA ELECTROCARDIOGRAMA Y TOCOLOGIA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE LOURDES HEREDIA FERRER

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCANIZ
- Servicio/Unidad .. PRUEBAS FUNCIONALES
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA. HERNANDEZ GIMENES RUBEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se construye un cuaderno usando un método de comunicación aumentativa en forma de pictogramas, atendiendo a las necesidades de nuestro servicio (ecografías ginecológicas, consulta de tología y electrocardiogramas). Este cuaderno está formado por diferentes tableros, cada tablero contiene una serie de pictogramas que nos irán ayudando a dar la información pertinente.

El periodo de creación del cuaderno se realizó durante los meses de junio a septiembre. Se tuvo que dilatar en el tiempo de creación para poder poner en consenso con Arasaac (entidad que ha cedido los pictogramas) el maquetado final del cuaderno.

Los tableros que forman el cuaderno se han plastificado y se han encuadernado. También hemos colgado de manera individual los que hemos considerado oportuno.

El cuaderno se usa con aquellos pacientes en los que no es posible la comunicación verbal. También se ha puesto a disposición de todas aquellas personas que estén interesadas en la siguiente dirección de internet:

<https://pictopartos.es/hospital-alca%C3%Bliz/>. A través de este enlace se puede descargar y, también, los profesionales que estén interesados pueden crear sus propios tableros de comunicación usando el mismo tipo de maquetación para evitar la variabilidad de los materiales utilizados en los distintos hospitales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la redacción del proyecto de calidad presentado, el indicador que se planteó fue: creación y uso de los pictogramas. La variable dicotómica a elegir: SI/NO, en este caso el resultado es SI.

Sin embargo, para comprobar su utilidad hemos realizado una mini encuesta con los pacientes con los que hemos tenido que usar el cuaderno. Entendemos que los pacientes han entendido la información cuando el acompañante de habla española confirma que lo ha entendido adecuadamente.

Para la evaluación se seleccionaron 30 pacientes que venían acompañadas por personas que hablaban correctamente castellano que se seleccionaron entre los meses de septiembre a diciembre: 23 entendieron la información indicada (76.66%), 5 no supimos valorar si los habían llegado a entender (16.66%) y 2 no la entendieron (6.66%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El objetivo de este proyecto era mejorar la comunicación directa con pacientes que no hablan castellano. Si tenemos en cuenta el resultado de la comprensión de los pictogramas, consideramos que es bastante satisfactorio, aunque aún queda espacio para la mejora. En el tiempo que llevamos usando el cuaderno hemos utilizado los pictogramas con más de 100 pacientes y no hemos tenido que pedir ayuda a terceras personas para que tradujeran la información aportada y las pacientes han colaborado durante la realización de las pruebas de manera más relajada. Consideramos que este proyecto se puede replicar a otros servicios en los que consideren oportuno y, con la inclusión en pictoparto, pueden crear sus propios cuadernos de comunicación de manera más sencilla.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/981 ===== ***

Nº de registro: 0981

Título
PICTOGRAMAS PARA ELECTROCARDIOGRAMA Y TOCOLOGIA

Autores:
HEREDIA FERRER LOURDES, HERNANDEZ GIMENEZ RUBEN, REAL CORDERO ESPERANZA, SANCHO VIVES ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0981

1. TÍTULO

PICTOGRAMA PARA ELECTROCARDIOGRAMA Y TOCOLOGIA

Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología: Pacientes que se vayan a realizar electrocardiogramas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejorar la comunicación con pacientes que no hablan ni comprenden español.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tanto para la realización de ecografías ginecológicas como para la realización de electros de corazón, se necesita que los pacientes se quiten ropa o se descubran partes del cuerpo. Una gran mayoría de los pacientes que pasan por este servicio son personas que no comprenden español y que no entienden nuestras indicaciones. Además el hecho de tener que quitarse ropa les supone, la mayoría de las ocasiones, sensaciones de angustia. Si a todo esto sumamos que durante la realización de las pruebas tienen que comprender nuestras órdenes, nos encontramos ante situaciones en las que el paciente se encuentra ansioso sin comprender el resultado de la prueba ni las actuaciones que tienen que hacer posteriormente, por no comprender la información.

RESULTADOS ESPERADOS

- Creación de pictogramas que ayuden a pacientes que no entienden español o tienen dificultades para comprender la información que se les transmite durante la prueba.
- Reducir la ansiedad de los pacientes ante este tipo de pruebas que requieren retirada de ropa.
- Facilitar el trabajo de los profesionales de este servicio durante la realización de la prueba sin tener que requerir de la ayuda de terceras personas ajenas al paciente.

MÉTODO
Creación de pictogramas indicando las actividades que van a tener que realizar los pacientes durante la realización de las pruebas.
Evaluación de la pertinencia de los pictogramas creados e inclusión de nuevos que se vayan necesitando acorde a la práctica clínica.

INDICADORES
Indicador: creación y uso de los pictogramas en la práctica clínica diaria.
Variable dicotómica: SI/NO

DURACIÓN
Junio y julio: creación de los pictogramas.
Julio- Diciembre: evaluar la pertinencia de los pictogramas creados y crear nuevos si fuera necesario.

OBSERVACIONES
Este proyecto cuenta con la colaboración de de Arasaac que son los dibujantes de los pictogramas y también con el proyecto de pictoparto.

Como responsable del proyecto está Lourdes Heredia Ferrer quién mandó otro proyecto apareciendo como responsable pero que al final no se va a realizar.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1336

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 12/04/2019

2. RESPONSABLE LICCET TATIANA DURAN SANDOVAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORRALBA MARCO ROSA
TRASOBARES GARCES ROSA
BECERRA DARRIBA HELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Septiembre 2018: Constitución del grupo de trabajo con elección del responsable. Se establecen las estrategias de trabajo.

Octubre 2018: Realización del protocolo de atención de la agitación psicomotriz analizando los recursos del sector. Estas reuniones se harán contando con los tres facultativos adjuntos de psiquiatría, un miércoles del mes.

Noviembre 2018: - EL protocolo de agitación psicomotriz se divulgará mediante sesiones clínicas en los principales centros de salud del Sector: centros de salud del Sector Alcañiz: Andorra, Caspe, Alcañiz, Mas de las Matas. Se realiza coordinación con los diferentes encargados de docencia de estos centros de salud para establecer las fechas de las sesiones.

Diciembre - Se divulga por email a todos los profesionales tanto médicos como de enfermería, las fechas para la realización de las sesiones, para que puedan acudir.

12 abril de 2019: Reunión con Farmacéutica de Atención primaria del sector Alcañiz, para incorporar nuevos tratamientos en la atención de la agitación psicomotriz desde atención primaria.

Sesiones clínicas

Febrero 18 de 2019: Sesión clínica Centro de Salud de Andorra.

25 de febrero de 2019: Sesión clínica Centro de Salud de Caspe

27 de marzo de 2019: sesión clínica centro de salud de Alcañiz.

6 de mayo 2019: sesión clínica centro de salud Mas de las Matas (aún por realizar)

Junio de 2019 Recogida de datos. Análisis de encuestas de satisfacción de los médicos de atención primaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto no ha finalizado y por tanto no tenemos resultados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hasta el momento, en las sesiones realizadas ha sido muy útil conocer de primera mano las necesidades de formación percibidas por los centros de salud y la posibilidad de aclarar dudas en directo. En estas reuniones ha surgido la necesidad de actualizar el botiquín de urgencias en los centros de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1336 ===== ***

Nº de registro: 1336

Título
PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:
DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA, BECERRA DARRIBA HELENA, GONZALEZ PANZANO MANUEL, SANCHEZ LUCAS NAIARA, GARCES TRASOBARES ROSA, PANZANO GRACIA EMMA, SAENZ BALLOBAR ANA MARIA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1336

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La agitación psicomotriz es una urgencia psiquiátrica que puede acontecer en cualquier entorno, en el domicilio del paciente, la calle, en un hospital, en un centro de salud. El primer facultativo que se acerca a atender esta urgencia, suelen ser los médicos de atención primaria que muchas veces no tienen claro cómo proceder en estas situaciones, siendo tan variables, graves, y muchas veces violentas. Esta inquietud proviene desde los compañeros de primaria, por lo que creemos conveniente realizar un protocolo desde la unidad de salud mental, que sirva de apoyo a los compañeros en estas situaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS GENERALES

Realizar un protocolo en el sector Alcañiz para la atención de los episodios de agitación psicomotriz en el ámbito extra hospitalario, accesible, claro y con actuaciones escalonadas, que facilite la actuación de los facultativos en estas situaciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Protocolo de contención mecánica y farmacológica.

Esclarecer dudas legales sobre el transporte involuntario de los pacientes con agitación psicomotriz.

MÉTODO

MÉTODOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA

Realización de un protocolo desde la Unidad de salud mental en caso de episodios de agitación psicomotriz, y extenderlo a los facultativos médicos encargados de acceder al paciente con esta urgencia en el ámbito extra hospitalario, a través de los diversos coordinadores de los centros de salud.

INDICADORES

INDICADORES

- Encuesta de satisfacción a los facultativos a los que le ha llegado el protocolo, evaluando la utilidad del protocolo.

DURACIÓN

Inicio:

Junio 2018: realización del protocolo de atención de la agitación psicomotriz analizando los recursos del sector.

Estas reuniones se harán contando con los tres facultativos adjuntos de psiquiatría, un miércoles del mes.

Julio 2018: comunicación a farmacia del sector, para poder tener disponible las alternativas farmacológicas a los que los compañeros de primaria podrían tener acceso durante estas urgencias.

Agosto de 2018: divulgación del protocolo a los coordinadores de los diversos centros de salud.

Junio 2019: encuesta de satisfacción a los facultativos que han tenido acceso a los protocolos realizados.

Duración: se provee que perdure en el tiempo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1336

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 28/02/2020

2. RESPONSABLE LICCET TATIANA DURAN SANDOVAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAENZ BALLOBAR ANA
FRADE PEDROSA OLALLA
PEREZ MAICAS BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Septiembre 2018: Constitución del grupo de trabajo con elección del responsable. Se establecen las estrategias de trabajo.

Octubre 2018: Realización del protocolo de atención de la agitación psicomotriz desde el ámbito extrahospitalario, analizando los recursos del sector. Estas reuniones se han realizado con los tres facultativos adjuntos de psiquiatría, un miércoles del mes.

Noviembre: Se ponen fechas para la realización de las sesiones clínicas del manejo de la Agitación psicomotriz, coordinándonos con los encargados de docencia de los principales centros de salud del sector Alcañiz: centro de salud de Alcañiz, de Andorra, de Caspe y Mas de las Matas.

Diciembre: Se divulga por email a todos los profesionales tanto médicos como de enfermería, las fechas para la realización de las sesiones, para que puedan acudir.

Febrero de 2019:

-18 de febrero de 2019: Sesión clínica Centro de Salud de Andorra.
-25 de febrero de 2019: Sesión clínica Centro de Salud de Caspe.

Marzo de 2019:

-27 de marzo de 2019: sesión clínica centro de salud de Alcañiz.

12 de abril de 2019: Se programa reunión con farmacia del hospital de Alcañiz para plantear nuevos tratamientos farmacológicos que se puedan incorporar en los centros de salud, en caso de una agitación psicomotriz.

6 de Mayo de 2019: sesión clínica Centro de Salud Mas de las Matas.

Junio de 2019. Recogida de datos. Análisis de encuestas de satisfacción de los médicos de atención primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La satisfacción de los participantes rondó el 95%. La principal demanda de los compañeros desde atención primaria, era de tener a su disposición otros neurolépticos y benzodiazepinas, de administración oral o intramuscular, para la urgencia psiquiátrica. Se consensuó con farmacia de primaria, para complementar el botiquín que tiene los médicos de atención primaria de urgencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La agitación psicomotriz es una urgencia psiquiátrica, que es atendida en muchas ocasiones por los médicos de atención primaria antes que por psiquiatría, por lo que ellos necesitan un arsenal farmacológico mas variado (que ya disponemos los psiquiatras) para hacer frente a esta urgencia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1336 ===== ***

Nº de registro: 1336

Título
PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1336

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:

DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA, BECERRA DARRIBA HELENA, GONZALEZ PANZANO MANUEL, SANCHEZ LUCAS NAIARA, GARCES TRASOBARES ROSA, PANZANO GRACIA EMMA, SAENZ BALLOBAR ANA MARIA

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

La agitación psicomotriz es una urgencia psiquiátrica que puede acontecer en cualquier entorno, en el domicilio del paciente, la calle, en un hospital, en un centro de salud. El primer facultativo que se acerca a atender esta urgencia, suelen ser los médicos de atención primaria que muchas veces no tienen claro cómo proceder en estas situaciones, siendo tan variables, graves, y muchas veces violentas. Esta inquietud proviene desde los compañeros de primaria, por lo que creemos conveniente realizar un protocolo desde la unidad de salud mental, que sirve de apoyo a los compañeros en estas situaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS GENERALES

Realizar un protocolo en el sector Alcañiz para la atención de los episodios de agitación psicomotriz en el ámbito extra hospitalario, accesible, claro y con actuaciones escalonadas, que facilite la actuación de los facultativos en estas situaciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Protocolo de contención mecánica y farmacológica.
Esclarecer dudas legales sobre el transporte involuntario de los pacientes con agitación psicomotriz.

MÉTODO

MÉTODOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA

Realización de un protocolo desde la Unidad de salud mental en caso de episodios de agitación psicomotriz, y extenderlo a los facultativos médicos encargados de acceder al paciente con esta urgencia en el ámbito extra hospitalario, a través de los diversos coordinadores de los centros de salud.

INDICADORES

INDICADORES

- Encuesta de satisfacción a los facultativos a los que le ha llegado el protocolo, evaluando la utilidad del protocolo.

DURACIÓN

Inicio:
Junio 2018: realización del protocolo de atención de la agitación psicomotriz analizando los recursos del sector. Estas reuniones se harán contando con los tres facultativos adjuntos de psiquiatría, un miércoles del mes.
Julio 2018: comunicación a farmacia del sector, para poder tener disponible las alternativas farmacológicas a los que los compañeros de primaria podrían tener acceso durante estas urgencias.
Agosto de 2018: divulgación del protocolo a los coordinadores de los diversos centros de salud.
Junio 2019: encuesta de satisfacción a los facultativos que han tenido acceso a los protocolos realizados.
Duración: se provee que perdure en el tiempo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1336

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0327

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE CADERA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA HERRANDO PEIRO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ GONZALO ISABEL
LUCEA SODRIC SUSANA
VIDAL ABOS ANA MARIA
MARTI AMELA ANA BELEN
PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

• Se ha realizado un protocolo para la rehabilitación de pacientes intervenidos de prótesis de cadera. Dicho protocolo contempla las actuaciones a llevar a cabo según dos fases: hospitalaria y ambulatoria. Incluye también unas recomendaciones para los pacientes.

• Se ha llevado a cabo un registro del 1 de junio al 31 de diciembre de 2018 de los pacientes tratados en el servicio de fisioterapia con el diagnóstico de prótesis de cadera.

• Al inicio y al final del tratamiento se les ha realizado una valoración de su nivel de dolor a través de la Escala Visual Analógica (EVA)

Los valores obtenidos en esta escala se han registrado en una hoja adjunta a su ficha de fisioterapia y se ha incorporado a su historia clínica una vez finalizado el tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el 1 de junio al 31 de diciembre de 2018 se han atendido en el servicio de fisioterapia 3 pacientes con prótesis de cadera, a los cuales se les ha aplicado este protocolo de actuación y se les ha realizado la valoración a través de la escala numérica EVA tanto al inicio como al final del tratamiento.

De dichos pacientes, el 100% ha disminuido en un punto o más el resultado de la escala EVA, además han mejorado su movilidad general y han conseguido una buena funcionalidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El porcentaje de pacientes que han llegado a nuestro servicio de fisioterapia con prótesis de cadera ha sido mínimo en comparación con las intervenciones quirúrgicas que se realizan. Solo se han derivado pacientes cuya evolución ha sido desfavorable y con limitaciones funcionales importantes, dolor y un desconocimiento de las pautas que deberían seguir para una recuperación en su domicilio. Por ello, se recomienda agilizar los periodos de tiempo de revisiones postquirúrgicas para detectar aquellos casos cuya evolución sea más lenta para así comenzar antes el tratamiento fisioterapéutico en condiciones más óptimas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/327 ===== ***

Nº de registro: 0327

Título
PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE CADERA

Autores:
HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA, LOPEZ GONZALO ISABEL, LUCEA SODRIC SUSANA, VIDAL ABOS ANA MARIA, PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL, MARTI AMELA ANA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0327

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE CADERA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: M16
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante nuestro trabajo diario en el servicio de fisioterapia se ha observado que los pacientes no tienen la información suficiente sobre las pautas a seguir tras la intervención de prótesis de cadera, lo que puede traducirse en un incremento del dolor y en el alargamiento del tiempo de recuperación.
Por lo que se ha visto la necesidad de establecer un protocolo.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un protocolo de tratamiento para homogeneizar la atención prestada
Proporcionar una información normalizada a los pacientes resolviendo las dudas transmitidas por los mismos.
Reducir el tiempo de recuperación en los pacientes con prótesis de cadera.

Objetivo general:

Mejora de la calidad de vida del paciente y aumento de la independencia de sus actividades de la vida diaria

Objetivos específicos:

- Disminución el dolor
- Incremento de la movilidad funcional del paciente
- Conseguir un buen balance muscular
- Reeduación de la marcha

MÉTODO

Elaboración de un protocolo clínico que incluye instrucciones a los pacientes
Inicio del tratamiento fisioterápico en gimnasio según prescripción facultativa.
Escucha activa de las dudas y dificultades encontradas por el paciente para sus actividades de la vida diaria.
Pautas, consejos y ejercicios a nivel domiciliario.
Desarrollo del protocolo adaptado según necesidades y características individuales y evolución del proceso.

INDICADORES

Disponibilidad del procedimiento. % de pacientes con prótesis de cadera derivados a RHB a los que se le aplica el procedimiento.
Disminución del dolor. % de medida entre el EVA del primer día y del día de alta
Medición del tiempo medio de recuperación en fisioterapia de los pacientes con prótesis de cadera

DURACIÓN

1 año

OBSERVACIONES

Línea de estrategia: mejora de los procesos asistenciales que inciden en la salud y la calidad de vida de los pacientes tras una intervención de sustitución de prótesis de cadera.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0345

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE RODILLA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ANA BELEN MARTI AMELA
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ GONZALO ISABEL
LUCEA SODRIC SUSANA
VIDAL ABOS ANA MARIA
PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL
HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desarrollo de protocolo sobre prótesis de rodilla.
Elaboración de la hoja de valoración de la Escala Visual Analógica (EVA) que se incluirá en la Hª de fisioterapia.
Aplicación de tratamiento en prótesis de rodilla derivados a fisioterapia.
Registro informático de EVA al inicio y al final del tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el 1 de junio hasta el 31 de diciembre del 2018 un total de 12 pacientes han sido derivados por prótesis de rodilla a la unidad de fisioterapia. De los cuales un 83.3% han obtenido una mejora mayor de un punto en la escala EVA. Mientras que un 16.7% de los pacientes no obtuvieron ninguna variación entre el control inicial y final. También se ha conseguido incrementar la movilidad y fuerza muscular y reeducar la marcha.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Del total de pacientes intervenidos por PTR solamente un porcentaje pequeño es derivado a la unidad de fisioterapia debido a que son pacientes que presentan un retraso en su evolución clínica. Este retraso en la evolución es debido a que han sufrido complicaciones o el período de inicio de tratamiento fisioterápico se ha demorado por la existencia de un tiempo excesivo en las listas de espera. Como consecuencia hay un aumento de rigidez, edemas instaurados, debilidad muscular, prolongación de la necesidad de ayuda ortopédica y malos hábitos adquiridos. Muchos de los pacientes que presentan complicaciones o retraso en su evolución no han sido intervenidos en nuestro hospital. Por lo que se deduce que son pacientes que no han seguido el protocolo de control por parte de rehabilitación. Se sugiere que cuando se concrete fecha por una IQ de PTR en otro centro hospitalario, se les solicite una cita para el control postquirúrgico en rehabilitación, disminuyendo los tiempos de aplicación del protocolo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/345 ===== ***

Nº de registro: 0345

Título
PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE RODILLA

Autores:
MARTI AMELA ANA BELEN, LOPEZ GONZALO ISABEL, LUCEA SODRIC SUSANA, VIDAL ABOS ANA MARIA, PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL, HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: M17
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0345

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE RODILLA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante nuestro trabajo diario en el servicio de fisioterapia se ha observado que los pacientes no tienen la información suficiente sobre las pautas a seguir tras la intervención de prótesis de rodilla, lo que puede traducirse en un incremento del dolor y en el alargamiento del tiempo de recuperación. Por lo que se ha visto la necesidad de establecer un protocolo.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un protocolo de tratamiento para homogeneizar la atención prestada
Proporcionar una información normalizada a los pacientes resolviendo las dudas transmitidas por los mismos.
Reducir el tiempo de recuperación en los pacientes con prótesis de cadera.

MÉTODO

Inicio del tratamiento fisioterápico en gimnasio según prescripción facultativa.
Escucha activa de las dudas y dificultades encontradas por el paciente para sus actividades de la vida diaria.
Pautas, consejos y ejercicios a nivel domiciliario.
Desarrollo del protocolo adaptado según necesidades y características individuales y evolución del proceso.

INDICADORES

Disponibilidad del procedimiento. % de pacientes con prótesis de rodilla derivados a RHB a los que se le aplica el procedimiento.
Disminución del dolor. % de medida entre el EVA del primer día y del día de alta
Medición del tiempo medio de recuperación en fisioterapia de los pacientes con prótesis de rodilla

DURACIÓN

Un año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0393

1. TÍTULO

UTILIZACION DE HOJA DE RECOGIDA DE DATOS Y TOMA DE MEDIDAS ANTE CLINICA/SOSPECHA DE LINFEDEMA EN CONSULTA DE REHABILITACION. PROTOCOLO DE ACTUACION EN CONSULTA Y DERIVACION A TRATAMIENTO FISIOTERAPICO

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA TERESA AYALA ORTIZ DE SOLORZANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
POLO ROYO MARCO
SANTAMARIA FAJARDO ANGIE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- Se han cuantificado durante el período de 4 meses en la consulta de Rehabilitación, el número de hojas de recogida de datos utilizadas en ese período de tiempo. Dicha hoja fue aprobada por el hospital hace un tiempo. El objetivo era disponer de una hoja de recogida de datos, que fuera común para todos los facultativos del servicio de Rehabilitación, para unificar criterios de la recogida de datos y toma de mediciones en pacientes con clínica o sospecha de linfedema.

2- Además de la puesta en marcha de la utilización de la hoja de recogida de datos de mediciones en linfedema, se ha elaborado un protocolo de actuación para establecer criterios de periodicidad de revisiones en la consulta de rehabilitación y establecer cuando derivar a tratamiento fisioterápico. El protocolo es el siguiente:

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE PACIENTE CON SOSPECHA O CLÍNICA DE LINFEDEMA TRAS VALORACIÓN EN LA CONSULTA DE REHABILITACIÓN. PERIODICIDAD DE LAS CONSULTAS DE REVISIÓN Y DERIVACIÓN PARA TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO.

A. ANTE UN PACIENTE CON LINFEDEMA PRIMARIO:

-Si presenta un linfedema grado I: se revisará a los 6 meses. Si es estable a los 6 meses, se dará una revisión en 1 año. Si es estable se dará de ALTA.

-Si presenta un linfedema grado II-III: se iniciará tratamiento fisioterápico. Tras el mismo, si hay mejoría se revisará a los 3 meses. Si es estable a los 3 meses, se revisará a los 6 meses. Posteriormente si se mantiene estable se revisará al año.

* Si entre revisiones se observara un aumento de tamaño de 2 o más centímetros en 2 o más mediciones, se pautará tratamiento fisioterápico en dicho momento.

B. ANTE UN PACIENTE CON LINFEDEMA SECUNDARIO:

1- Si se le ha realizado una técnica de ganglio centinela: revisión a los 6 meses.
-Si NO se observa linfedema: ALTA

-Si se observa linfedema: se pautará tratamiento fisioterápico. Tras su finalización, se revisará cada 6 meses hasta su estabilización y posteriormente si está estable: revisión cada año.

2- Si se ha realizado una linfadenectomía: revisión a los 3 meses.

-Si NO presenta linfedema o linfedema grado I: Revisión cada 6 meses durante el primer año. Posteriormente otra revisión anual. Si no aparece linfedema: ALTA.

-Si aparece linfedema grado II-III: se pautará tratamiento fisioterápico. Tras su finalización, se revisará cada 3 meses, hasta estabilidad. Posteriormente si se estabiliza: revisión cada 6 meses.

* Si entre revisiones se observara un aumento de tamaño de 2 o más centímetros en 2 o más mediciones, se pautará tratamiento fisioterápico en dicho momento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha cuantificado el número total de pacientes con linfedema en este período: 27 pacientes (siendo el 92,6% linfedemas secundarios y un 7,4% linfedemas primarios).

% de pacientes en los que consta en la historia clínica el registro de la hoja de recogida de datos de linfedema cumplimentada: en el 100% (los 27 pacientes)

% de pacientes en los que se ha observado entre revisiones, un aumento en 2 o más mediciones diferentes de más de 2 cm y/o han sido diagnosticados inicialmente de linfedema grado II-III: un 40%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0393

1. TÍTULO

UTILIZACION DE HOJA DE RECOGIDA DE DATOS Y TOMA DE MEDIDAS ANTE CLINICA/SOSPECHA DE LINFEDEMA EN CONSULTA DE REHABILITACION. PROTOCOLO DE ACTUACION EN CONSULTA Y DERIVACION A TRATAMIENTO FISIOTERAPICO

% de pacientes con aumento de más de 2 cm en 2 o más mediciones diferentes y/o diagnosticados inicialmente de linfedema II-III, que han sido derivados a tratamiento fisioterápico: en el 100%

% de pacientes de grado II-III que fueron revisados cada 3-6 meses-1 año. (Según consta en protocolo): en un 90%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-La hoja de recogida de datos y mediciones en pacientes con clínica o sospecha de linfedema, se ha realizado en todos los pacientes (100%)

-Con este protocolo, hemos unificado criterios entre los distintos especialistas.

-Todos los pacientes con linfedema grado II-III han sido derivados a tratamiento fisioterápico.

-Con el procedimiento actual se están cumpliendo los plazos de revisión establecidos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/393 ===== ***

Nº de registro: 0393

Título
UTILIZACION DE LA HOJA DE RECOGIDA DE DATOS Y TOMA DE MEDIDAS ANTE CLINICA O SOSPECHA DE LINFEDEMA EN LA CONSULTA DE REHABILITACION, ASI COMO PROTOCOLO DE DERIVACION A TRATAMIENTO FISIOTERAPICO

Autores:
AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA, POLO ROYO MARCO, SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Linfedema
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es frecuente en la práctica habitual en nuestras consultas de Rehabilitación atender a pacientes con linfedema tanto en extremidad superior como inferior.

Con motivo de unificar la recogida de datos en las historias clínicas, así como una mejor evaluación de dichos pacientes, se elaboró una hoja de recogida de datos que fue aprobada por el hospital para su uso, la cual ya se puso en funcionamiento.

Además hay cierta confusión en qué momento derivar a tratamiento fisioterápico y con qué frecuencia se debería revisar en la consulta, es por ello que se pretende establecer un protocolo de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto va dirigido al servicio de Rehabilitación con los objetivos de:

-Realizar una mejor valoración de los pacientes con linfedema en nuestras consultas, con la utilización de una hoja de recogida de datos común.

-Establecer un protocolo de actuación para determinar la periodicidad de las revisiones en consulta, así como del momento de derivación a tratamiento fisioterápico.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0393

1. TÍTULO

UTILIZACION DE HOJA DE RECOGIDA DE DATOS Y TOMA DE MEDIDAS ANTE CLINICA/SOSPECHA DE LINFEDEMA EN CONSULTA DE REHABILITACION. PROTOCOLO DE ACTUACION EN CONSULTA Y DERIVACION A TRATAMIENTO FISIOTERAPICO

Elaboración de un protocolo de linfedema (1 mes)

Puesta en marcha del protocolo en las consultas de Rehabilitación, así como de la utilización de la hoja de recogida de datos para evaluar a dichos pacientes (4 meses)

Evaluación y análisis de los resultados: (1 mes)

INDICADORES

% de utilización de la hoja de recogida de datos de linfedema en la historia clínica. (valor por encima del 80%)

% de cumplimiento del protocolo de linfedema (valor por encima del 80%)

DURACIÓN

-Abril: Elaboración del protocolo de actuación en linfedema.

-Mayo-Junio-Julio-Agosto: Puesta en práctica del protocolo en nuestras consultas. Registro de número de hojas de recogida de datos utilizadas en las historias clínicas.

-Septiembre: memoria y evaluación del programa.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0394

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SOLICITUD DE PRUEBAS NEUROFISIOLÓGICAS EN EL Sº REHABILITACION DEL H ALCAÑIZ POR SOSPECHA CLÍNICA DE RADICULOPATIA CERVICAL Y/O LUMBAR, O AFECTACION DE NERVIOS PERIFERICOS EN EXTREMIDADES

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE MARCO POLO ROYO
· 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
SANTAMARIA FAJARDO ANGIE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-Se ha elaborado un protocolo, en el que se han incluido los criterios para la solicitud de pruebas neurofisiológicas en el servicio de Rehabilitación del Hospital de Alcañiz. El protocolo es el siguiente:

PROTOCOLO DE SOLICITUD DE PRUEBAS NEUROFISIOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ ANTE LA SOSPECHA CLÍNICA DE RADICULOPATÍA CERVICAL Y/O LUMBAR, O AFECTACIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS EN EXTERMITADES SUPERIORES Y/O INFERIORES.

a) Ante sospecha de Radiculopatía cervical:

-Si un paciente que es derivado a nuestras consultas, presenta un cuadro de cervicobraquialgia unilateral o bilateral, asociándose un déficit del balance muscular, con o sin parestesias, solicitaremos un Electromiograma (EMG) de extremidades superiores, independientemente del tiempo de evolución (agudo/crónico). Se exceptuarán aquellos casos ya conocidos, o que no haya progreso de la sintomatología.

-No solicitaremos un EMG de extremidades superiores, en aquellas cervicobraquialgias que no impresionen de atrapamiento de la raíz, o que la clínica de parestesias/disestesias sean inespecíficas, sin seguir un patrón claro de un dermatoma determinado o una pérdida de fuerza no objetivada.

-En todos aquellos pacientes en los que el resultado del EMG sea patológico, se deberá completar el estudio con la prueba de imagen correspondiente (RMN o TAC), si no la disponía ésta previamente.

b) Ante sospecha de Radiculopatía lumbar:

-Si un paciente que es derivado a nuestras consultas, presenta un cuadro de lumbociática unilateral o bilateral, asociándose un déficit del balance muscular, con o sin parestesias, solicitaremos un EMG de extremidades inferiores, independientemente del tiempo de evolución (agudo/crónico). Se exceptuarán aquellos casos ya conocidos, o que no haya progreso de la sintomatología.

-No solicitaremos un EMG de extremidades inferiores, en aquellas lumbociáticas que no impresionen de atrapamiento de la raíz, o que la clínica de parestesias/disestesias sean inespecíficas, sin seguir un patrón claro de un dermatoma determinado o una pérdida de fuerza no objetivada.

-En todos aquellos pacientes en los que el resultado del EMG sea patológico, se deberá completar el estudio con la prueba de imagen correspondiente (RMN o TAC), si no la disponía ésta previamente.

c) Ante sospecha de atrapamiento nervioso en Extremidades Superiores:

-Solicitaremos un Electroneurograma (ENG) cuando la clínica y exploración, nos haga sospechar un atrapamiento nervioso a nivel de la extremidad superior.

-Patologías más frecuentes a sospechar:

-Patología más frecuente es el Síndrome del túnel carpiano (STC). Corresponde al atrapamiento del nervio mediano a nivel de la muñeca y se caracteriza por parestesias en territorio mediano (1er, 2º y 3er dedo de la mano) Puede ser unilateral o bilateral, y son de predominio nocturno. En la exploración podemos observar en la mayoría de los casos una maniobra de Tinel positiva, maniobra de Phalen positiva y maniobra de Durkan positiva.

-Otras patologías menos frecuentes: atrapamiento nervio cubital a nivel de la muñeca, atrapamiento nervio cubital o mediano a nivel del codo. La sintomatología predominante serán parestesias en el territorio correspondiente con o sin déficit.

d) Ante sospecha de atrapamiento nervioso en extremidades inferiores:

-Solicitaremos un Electroneurograma (ENG) cuando la clínica y exploración, nos haga sospechar un atrapamiento nervioso a nivel de la extremidad inferior.

-Patologías más frecuentes a sospechar:

-Afectación del CPE (clínica de pie caído, déficit a nivel dorsiflexores del tobillo), habiendo descartado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0394

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SOLICITUD DE PRUEBAS NEUROFISIOLOGICAS EN EL Sº REHABILITACION DEL H ALCAÑIZ POR SOSPECHA CLINICA DE RADICULOPATIA CERVICAL Y/O LUMBAR, O AFECTACION DE NERVIOS PERIFERICOS EN EXTREMIDADES

patología lumbar.

-Síndrome del Túnel del Tarso (parestesias en cara lateral del pie)

2-Se ha registrado en una base de datos, todos los EMG/ENG solicitados durante el período de tiempo de 4 meses. El número total de pacientes a los que les solicitó estas pruebas complementarias ha sido de: 141, de los cuales se distribuyen de la siguiente manera:

-A 85 pacientes se les solicitó un EMG (60%)

-A 42 pacientes se les solicitó un ENG (30%)

-A 14 pacientes se les solicitó ambas pruebas por presentar clínica solapada de ambas patologías o clínica dudosa (EMG-ENG): (10%)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de pacientes con EMG solicitado en los que las parestesias se localizaban en un dermatoma específico o presentaban un déficit motor. (Solicitados de acuerdo a criterios): un 95%

% de pacientes con ENG solicitado que presentaban clínica de atrapamiento neurológico periférico. (Solicitados de acuerdo a criterios): un 95%

% resultados patológicos de las pruebas solicitadas (confirmación diagnóstica) : un 90%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Los criterios de petición están bien implementados (95% de los pacientes).

-El protocolo de petición de pruebas basadas en criterios clínicos concretos ha limitado la petición de pruebas neurofisiológicas, obteniéndose confirmación diagnóstica en el 90% de los casos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/394 ===== ***

Nº de registro: 0394

Título
PROTOCOLO SOLICITUD PRUEBAS NEUROFISIOLOGICAS EN Sº DE REHABILITACION DEL H ALCAÑIZ POR SOSPECHA DE CLINICA DE RADICULOPATIA CERVICAL Y /O LUMBAR, O AFECTACION DE NERVIOS PERIFERICOS EN EXTREMIDADES

Autores:
POLO ROYO MARCO, AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA, SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema nervioso

Otro Tipo Patología: Radiculopatías vs afectación nervio periférico

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

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

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es muy frecuente en la práctica habitual en nuestras consultas de Rehabilitación atender a pacientes con síntomas de parestesias, además de sensación de pérdida de fuerza tanto en extremidades superiores e inferiores.

Se pretende establecer un protocolo para la solicitud de pruebas neurológicas, ante clínica de parestesias, déficit motor, todo ello con sospecha de afectación nerviosa, compatible con radiculopatía cervical / lumbar, así como lesión de nervio periférico en extremidades.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0394

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SOLICITUD DE PRUEBAS NEUROFISIOLOGICAS EN EL Sº REHABILITACION DEL H ALCAÑIZ POR SOSPECHA CLINICA DE RADICULOPATIA CERVICAL Y/O LUMBAR, O AFECTACION DE NERVIOS PERIFERICOS EN EXTREMIDADES

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto va dirigido al servicio de Rehabilitación para establecer unos criterios claros para la solicitud de este tipo de pruebas, con el objetivo de solicitar únicamente cuando se tenga alta sospecha clínica de lesión nerviosa y así evitar la solicitud de pruebas innecesarias.

MÉTODO

Elaboración de un protocolo de solicitud de pruebas neurofisiológicas. (1 mes)

Puesta en marcha del protocolo en las consultas de Rehabilitación. (4 meses)

Evaluación y análisis de los resultados: (1 mes)

INDICADORES

-Contabilizar el número de pruebas neurofisiológicas solicitadas desde las consultas de Rehabilitación, de los cuales:

-Calcular el % de resultados patológicos (obtener valor por encima del 80%). (Valorar la concordancia de la sospecha clínica con el resultado obtenido)

-Calcular % de cumplimiento del protocolo (obtener valor por encima del 90%)

DURACIÓN

-Abril: Elaboración del protocolo de solicitud de pruebas neurofisiológicas.

-Mayo-Junio-Julio-Agosto: Puesta en práctica del protocolo en nuestras consultas. Registro de número de Electromiogramas y Electroneurogramas solicitados.

-Septiembre: memoria y análisis de los resultados: (% de resultados patológicos y % de cumplimiento del protocolo)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0425

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE DE LA UVEITIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARTA PILAR CASORRAN BERGES

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER

LATRE REBLED BEATRIZ

FERRER RUBIRA ANA

LARIO MARCO SANDRA

GONZALEZ TOMAS BLANCA

GASION CARCELLER VANESA

VICENTE NAVARRO MARTA

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 para el abordaje integral de los pacientes con uveítis, que incluye las siguientes acciones:
 - ? Pautas de derivación de los pacientes con uveítis desde la consulta de Oftalmología a la de Reumatología.
 - ? Derivación a la consulta de Reumatología de aquellos pacientes con uveítis para completar el proceso diagnóstico e instaurar un tratamiento sistémico en los pacientes que lo requieran.
 - ? Estudio de estos pacientes en la consulta de Reumatología.
 - ? Informe dirigido a Oftalmología con los resultados del estudio y el tratamiento si procede.
 - ? Seguimiento multidisciplinar de los pacientes en los casos pertinentes.
 - o Evaluación de datos epidemiológicos de las uveítis en nuestro medio.
 - o Creación de un registro de pacientes con diagnóstico de uveítis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- o El 100% de los pacientes con uveítis han sido remitidos a la consulta de Reumatología, en total 20 pacientes.
- o El 90% (18 pacientes) de los casos fueron uveítis anteriores y un 5% (1 paciente) posteriores. Este paciente requirió tratamiento sistémico con anti-TNF. Tan solo un paciente no acudió a la cita de Reumatología (5%).
- o En el 38.9% de los casos (7 pacientes) de uveítis anterior, se trataba del primer episodio, siendo 1 caso secundario a fármacos, 2 tras cirugía oftalmológica, 3 casos con estudio normal y 1 caso con diagnóstico final de espondilitis anquilosante B27+.
- o Un 44.4% (8 pacientes) de los pacientes con uveítis anterior presentaban una uveítis anterior aguda recidivante unilateral, siendo todos ellos B27+ y con criterios de espondiloartropatía en 6 de estos casos. De estos pacientes, 3 han requerido tratamiento sistémico: 2 con anti-TNF y 1 con metotrexato.
- o El 16.7% (3 pacientes) de los pacientes con uveítis anterior presentaban una uveítis crónica, siendo 2 de ellos B27+ sin criterios de espondiloartropatía, y el tercero con estudio completo normal. Todos ellos han requerido tratamiento inmunosupresor sistémico: 1 con sulfasalacina, 1 con metotrexato y 1 con anti-TNF.
- o Globalmente, de los pacientes remitidos desde Oftalmología a Reumatología por uveítis, se ha diagnosticado enfermedad sistémica en un 44.4% de los casos (8 pacientes), en concreto de espondilitis anquilosante. 11 pacientes (61%) presentan HLA B27+, de los cuales 7 cumplen criterios de espondiloartropatía. Un 38.9% (7pacientes) de los casos de uveítis remitidos a la consulta de Reumatología ha precisado tratamiento inmunosupresor sistémico: 4 casos con anti-TNF, 2 con metotrexato y 1 con sulfasalacina.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- o La valoración del proyecto de mejora ha sido muy positiva, ya que hemos podido detectar casos de enfermedades sistémicas que han debutado con uveítis, permitiendo así un tratamiento precoz de estos pacientes y logrando un abordaje multidisciplinar de los mismos, evitando complicaciones tanto sistémicas como oftálmicas.
- o También hemos conseguido mejorar el tratamiento sistémico de los pacientes con uveítis refractarias o recidivantes que así lo han requerido.
- o Asimismo, hemos logrado proporcionar un seguimiento estrecho a pacientes con enfermedades sistémicas con riesgo de uveítis, mediante valoración por Oftalmología de estos pacientes, y seguimiento de los casos que lo han precisado.

En conclusión, creemos que la creación de este equipo multidisciplinar se traduce en una mejora en la calidad de la atención de este tipo de pacientes, ya que aporta una mayor eficiencia en lo referente al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los mismos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0425

1. TÍTULO

CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE DE LA UVEITIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Por un lado, todos los pacientes diagnosticados de uveítis en nuestro hospital, y por otro, todos aquellos con mayor probabilidad de desarrollarla (por su patología sistémica o factores de riesgo) son revisados por este equipo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/425 ===== ***

Nº de registro: 0425

Título
CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE DE LA UVEITIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
CASORRAN BERGES MARTA PILAR, CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER, LATRE REBLEDE BEATRIZ, FERRER RUBIRA ANA, LARIO MARCO SANDRA, GONZALEZ TOMAS BLANCA, GASION CARCELLER VANESA, EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN

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 .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La uveítis es un proceso inflamatorio de la úvea. Por extensión se incluyen procesos inflamatorios que afectan a la córnea, esclera, vítreo, nervio óptico y retina. Su patogenia reside principalmente en alteraciones localizadas en órganos extraoculares, fundamentalmente relacionados con el sistema inmunitario, y se ha comprobado su asociación con enfermedades sintéticas autoinmunes/inflamatorias. En ocasiones el ojo es la primera manifestación de una enfermedad sistémica hasta el momento desconocida, ya sea una espondiloartropatía u otro tipo de patología. Es importante detectar precozmente estas patologías para tratarlas correctamente y evitar su evolución a estadios más avanzados de la enfermedad. Además, existen uveítis puramente oftalmológicas que se pueden beneficiar de tratamientos sistémicos inmunosupresores que permiten controlar la enfermedad, evitando o minimizando posibles complicaciones. En este sentido, la creación de un equipo multidisciplinar integrado por las especialidades de Oftalmología y Reumatología para el abordaje de las uveítis, permite una evaluación sistémica precoz e integral del proceso, ahorrar número de consultas y pruebas complementarias repetidas. En definitiva, supone un manejo más coste-efectivo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Abordar de manera integral el manejo del paciente con uveítis.
- Incrementar el diagnóstico de patologías sistémicas en pacientes diagnosticados de uveítis y mejorar el enfoque terapéutico en estos casos.
- Mejorar el tratamiento sistémico de los pacientes con uveítis de origen oftalmológico que se puedan beneficiar del mismo.
- Conocer la prevalencia de patología sistémica asociada a uveítis en nuestro medio.
- Crear un registro de este tipo de pacientes con fines de investigación.

MÉTODO

- Creación de un registro de uveítis.
- Elaboración de un procedimiento clínico mediante grupo de trabajo multidisciplinar entre los servicios de Oftalmología y Reumatología
- Dicho procedimiento incluiría una batería de pruebas complementarias iniciales a solicitar desde la consulta de Oftalmología, con derivación posterior a Reumatología para completar el estudio y poner tratamiento sistémico si fuera pertinente.
- Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0425

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE DE LA UVEITIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes con uveítis derivados a la consulta de Reumatología.
- Porcentaje de pacientes con uveítis derivados a la consulta de Reumatología con diagnóstico de patología sistémica.
- Porcentajes de los diagnósticos específicos realizados (ejemplo: porcentaje de pacientes con diagnóstico de espondiloartropatía, sarcoidosis, enfermedad de Behçet, etc.)
- Porcentaje de pacientes con uveítis remitidos a la consulta de Reumatología que precisan inmunosupresión sistémica.

DURACIÓN

1 año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0138

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE ALMACENES Y STOCKS HOSPITALARIOS

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE MARTINEZ FERRI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LARA GARRIDO ANGELA
PALOMAR JOVEN MARTA
ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA
ARAGONES VILLANUEVA CARMEN
VIDAL MESEGUER ANA
DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL
ROYO MOLES MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Hemos creado un listado con el material, que cada supervisora quiere tener en su pacto o en su plantilla de trabajo, todo dentro del aplicativo de Serpa.
- Cada Unidad de hospitalización ha creado en Serpa varias plantillas de almacén, una de ellas para lencería, otra para modelaje y otra para pedidos general de materiales.
- Con esta plantilla, no se tiene que introducir cada material, si no el número de unidades, lo que acorta el tiempo a la hora de hacer los pedidos en cada unidad.
- Se han redistribuido todos los almacenes que tenemos: almacén de lencería, almacén de higiene de paciente, vertederos y almacén general de cada unidad de hospitalización
- Se han redistribuido con nuevas estanterías, con cajas, cajetines, los almacenes de las unidades clínicas, del almacén general. Se separan todos los materiales por sistemas, es decir: circulatorio, respiratorio, urinario..
- Se han redistribuido los materiales de las estanterías de la sala de estar de enfermería. Se dejan en esta sala, material para el uso diario y se repone del resto del almacén general.
- Hemos creado el formato de rotura de stock.
- Cada unidad, pacta las unidades de cada uno de sus materiales fungibles y productos sanitarios, de manera que se dispongan stock de máximos y mínimos de cada uno de ellos.
- Los stocks mínimo que debe disponer de cada material fungible, que quedará reflejado en la etiqueta correspondiente en la estantería del almacén.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han reestructurado todos los almacenes de las distintas unidades de hospitalización. Todas las unidades, han realizado varias plantillas dentro de SERPA para los diferentes pedidos: plantilla de lencería, plantilla de higiene de paciente, plantilla de modelaje, plantilla de almacén general. Las diferentes unidades, han creado un listado de máximos y mínimo de cada material fungible. Además de realizar un formato de rotura de stock, para que en el momento de coger un material y que no se cumpla el estándar mínimo, se registre en el formato. Esto hace que a las supervisoras de la unidad, les sea más fácil y no tengan que revisar todo el almacén a la hora de hacer los pedidos semanales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las conclusiones que podemos obtener tras la realización de este proyecto son:

1. El control de las caducidades, es estrictamente necesario dentro de nuestro marco para la seguridad de los pacientes.
2. El realizar varias plantillas de trabajo, dentro de SERPA, nos ha supuesto recortar tiempos a la hora de hacer los pedidos.
3. El poder realizar un listado con máximos y mínimos de cada uno de los materiales, nos hace tener un mayor control tanto en el gasto como en la adecuación de los mismos, ya que evitamos con esto, el tener unidades muy por encima del consumo y que se nos pudieran caducar en un momento determinado. Evitamos de esta forma un almacenamiento excesivo y consumo de recursos.
4. El poder utilizar un formato de rotura de stocks, facilita la labor de la responsable del almacén, ya que no tiene que revisar el almacén entero, para hacer los pedidos. Es necesaria la formación a todos los trabajadores de la unidad, ahora que la hemos puesto en marcha.
5. Todo este trabajo es una herramienta muy útil, dentro del marco de la seguridad de nuestros pacientes y del contexto de la mejora de la calidad asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/138 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0138

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE ALMACENES Y STOCKS HOSPITALARIOS

Nº de registro: 0138

Título
PROCESO DE GESTION DE ALMACENES Y STOCKS HOSPITALARIOS

Autores:
MARTINEZ FERRI MARIA JOSE, PALOMAR JOVEN MARTA, ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA, ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN, DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL, ROYO MOLES MARIA ISABEL, VIDAL MESEGUER ANA, LARA GARRIDO ANGELA

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 .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Hacemos un análisis de la situación en cuanto a los almacenes del Bloque de hospitalización/ urgencias y nos encontramos con lo siguiente.
Cada Unidad Clínica de hospitalización/ urgencias dispone de un almacén general y de varios almacenillos repartidos por los distintos servicios, falta de espacio que hace que se tengan que guardar los materiales en armarios, estanterías fuera del almacén, por la falta de espacio.
Los almacenes, disponen de estanterías obsoletas, en las que los estantes no guardan el espacio necesario por lo que no se optimiza el espacio.
Además cada Unidad Clínica almacena el material en un lugar diferente, de manera que cada unidad es diferente. No hay un lugar de almacenaje igual entre los servicios y el personal que trabaja en varios de estos servicios, no conoce la disposición de todos ellos en los distintos almacenes, por lo que resulta difícil su ubicación.
Además las supervisoras de estas Unidades, tienen una difícil labor de control del almacenaje, ya que se requiere la revisión entera de los distintos almacenes para hacer los pedidos semanales. No disponen de hoja de rotura de stock de los materiales, por lo que la revisión es necesaria.
Vemos necesaria la creación de Pacto para los pedidos semanales, que facilitan la labor de la supervisora, evitamos las roturas de stock, economizamos el tiempo.

RESULTADOS ESPERADOS
Ajustar los pedidos a los consumos.
Creación de un pacto semanal en las distintas unidades clínicas.
Reajustar los almacenes, mediante sistemas de almacenaje, tipo estanterías, cajetines/ cajas.
Crear listados del material de los almacenes, con máximos y mínimos.
Dotar a las Unidades de un formato de rotura de stock

MÉTODO
-En primer lugar debemos ajustar los pedidos a los consumos.
-Realizar con cada una de las supervisoras de las unidades clínicas, un listado del material que utilizan habitualmente y comprobarlo con los consumos, para así crear un Pacto semanal.
- Compra de estanterías, cajas/ cajetines, reubicar los almacenes. Reestructurarlos y optimizar los espacios, "el aire ocupa espacio".
- Crear un listado con las supervisoras y con almacén en el que tengamos máximos y mínimos en los distintos materiales.
- Crear formato de rotura de stock.

INDICADORES
Comprobaremos mediante auditorias, si los puntos anteriores se han cumplido, es decir: si se ha reestructurado el almacén, si se rellena la hoja de rotura de stock, si se ha realizado el pedido en unidades de hospitalización por pacto, si tenemos los máximos y mínimos de todas las Unidades.

DURACIÓN
Planteamos todos estos cambios a lo largo del 2018.

OBSERVACIONES
Es de vital de importancia la seguridad clínica en el manejo diario de nuestro trabajo. Manejar los mismos materiales ubicados en los mismos espacios, nos evita errores y economizamos el tiempo de búsqueda.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0138

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE ALMACENES Y STOCKS HOSPITALARIOS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1438

1. TÍTULO

INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE ANA SAENZ BALLOBAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FRADE PEDROSA OLALLA
DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA
PEREZ MAICAS BEATRIZ
TORRALBA MARCO ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han habilitado espacios para realizar las sesiones de mindfulness y se ha preparado material para poder trabajar con los pacientes.

El mindfulness, también llamado atención plena o conciencia plena, consiste en estar atento de manera intencional a lo que hacemos, sin juzgar, apegarse, o rechazar en alguna forma la experiencia.

El planteamiento desde este Servicio de Salud Mental, ha sido ayudar a los pacientes a través de esa "atención plena" y de la conciencia corporal (teniendo conciencia de la respiración y de las sensaciones corporales) a identificar en el "aquí y ahora" sus emociones en ese presente, para poder trabajar a través de identificarlas, etc.

Se sabe que las personas que van a ser intervenidas quirúrgicamente (en muchas ocasiones) parten de una situación de temor, incertidumbre, etc. "Adelantando acontecimientos"... por eso el trabajo a través de la respiración y conciencia corporal les puede ayudar a sostener las incertidumbres y poder afrontar la intervención con más calma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Han sido muy pocos los pacientes derivados por parte de anestesia (aproximadamente cuatro) para realizar las sesiones de meditación mediante mindfulness y finalmente ninguno de ellos llegó a asistir a las citas, por lo que no se pudo intervenir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha quedado pendiente poder realizar las sesiones de mindfulness en pacientes que iban a ser intervenidos, pero consideramos que después de dos años, el proyecto debe finalizar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1438 ===== ***

Nº de registro: 1438

Título
INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL

Autores:
GONZALEZ PANZANO MANUEL, DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA, BECERRA DARRIBA HELENA, SAENZ BALLOBAR ANA MARIA, SANCHEZ LUCAS NAIARA, GARCES TRASOBARES ROSA, PANZANO GRACIA EMMA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1438

1. TÍTULO

INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL

PROBLEMA

Dado el incremento en el número de pacientes que tienen que ser sometidos a cirugía por cáncer de colon en los últimos años cobra sentido dedicar recursos a una intervención que tenga por objeto que éstos lleguen en óptimas condiciones psicofísicas abordando aspectos como el ejercicio, la nutrición etc. Dada la evidencia científica que ha demostrado el mindfulness de cara a disminuir la ansiedad y mejorar la salud de una forma integral consideramos que resultaría eficaz también realizar este tipo de terapia de forma prequirúrgica para obtener sus beneficios y llegar en mejores condiciones al momento de la intervención así como también de forma postquirúrgica para una óptima recuperación.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos del proyecto:

- Detectar a aquellos pacientes que podrían beneficiarse en mayor medida de una reducción de la ansiedad mediante las escala HADS.
- Realizar en los meses previos a la intervención sesiones mensuales de meditación mindfulness de cara a reducir el estrés y llegar en mejores condiciones a la cirugía.
- Realizar en los meses posteriores a la intervención 8 sesiones de forma mensual de cara a una óptima recuperación.

Población diana: Pacientes con mayor puntuación en ansiedad detectada en la escala HADS.

MÉTODO

- Creación de un espacio en la agenda de los psiquiatras del CSM de Alcañiz un miércoles al mes de 8 a 10h de forma mensual para realizar la intervención de tipo mindfulness.
- Oferta de participar en las sesiones de meditación que se organizan mensualmente en el CSM Alcañiz los miércoles.
- Oferta postcirugía a los pacientes para continuar con 8 sesiones más de cara a la óptima recuperación.

INDICADORES

Evaluación:

- Registro de escala HADS previamente a iniciar las sesiones de meditación y tras las 8 sesiones.
- Valoración del tiempo de recuperación del proceso en comparación a quienes no realizan las sesiones de meditación.

DURACIÓN

El proyecto tendrá una duración aproximada de un año, con inicio previsto en julio de 2018 y finalización en julio de 2019. Se planificarán sesiones mensuales de 2 horas, impartidas por los diferentes profesionales participantes de la USM Alcañiz.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0077

1. TÍTULO

INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE CARLOS COLAS OROS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TURON ALCAINE JOSE MARIA
GAVIN BLASCO OLGA
GRACIA GARCIA OLGA
SAURAS NAVARRO MARIA TERESA
BRONCHAL FELL SOPHIE
RUIZ ANDRES MARIA ANGELES
FERNANDEZ ALONSO EDGAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha creado un grupo de trabajo que ha elaborado un procedimiento de código sepsis que incluye la creación de un sistema de alerta en plantas y en atención primaria basado en los criterios quick-sofa, sistema de alerta en urgencias basado en los criterios del programa PCH y en caso de cumplir criterios aplicación del primer y segundo bundle. Incluye un procedimiento de manejo hemodinámico, otro de manejo del lactato, otro de limitación del esfuerzo terapéutico y las tablas de antibioterapia empírica. Se ha establecido un check list para cada bundle. Siguiendo las recomendaciones del ministerio se ha creado una subcomisión del código sepsis. Sus funciones serán la de monitorizar la implementación del protocolo proporcionando soporte al médico responsable y estableciendo las acciones de mejora que se consideren convenientes. El grupo estará compuesto de dos equipos de médico de urgencias, médico internista y enfermera con el apoyo de un farmacéutico, microbiólogo y cirujano que se reunirán con el médico responsable del paciente los dos días siguientes al ingreso de un paciente con sepsis (reuniones de 30 minutos) y en caso necesario según evolución posterior. El protocolo se va a implantar en 2019 mediante sesiones formativas a médicos de planta, enfermería de planta, médicos de urgencias, enfermería de urgencias (con especial énfasis en enfermería de triaje)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha hecho una evaluación previa de los indicadores propuestos en los pacientes atendidos con sepsis en los últimos 3 meses (17 casos, sobre un total de 90 registrados en todo el año), con el siguiente resultado:

LACTATO EN EL MOMENTO DE LA SOSPECHA 94,11%
HEMOCULTIVOS ANTES DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 58,82%
INICIO ANTIBIOTERAPIA ANTES DE 60 MINUTOS 47%
CONTROL DE LA FUENTE ANTES DE 12 HORAS 50% (solo dos casos)
APLICACIÓN COMPLETA DE SEPSIS SIX 58,82%
APLICACIÓN COMPLETA DE SEGUNDO BUNDLE 58,82%
LACTATO MENOS DE 2 A LAS 24 HORAS 82,35%
TTO ANTIBIÓTICO EMPIRICO ADECUADO 100%
FALLECIMIENTO 17,64%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los principales problemas antes de implantar el protocolo son la recogida de hemocultivos antes de tratamiento antibiótico, el inicio de la antibioterapia antes de 60 minutos, y la aplicación de los bundles (protocolos de atención inicial). Existe amplio espacio para la mejora de la atención a la sepsis en el Hospital de Alcañiz. El proyecto continuará en 2019 con la implantación del protocolo y la puesta en marcha de la comisión del código sepsis.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/77 ===== ***

Nº de registro: 0077

Título
INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
COLAS OROS CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0077

1. TÍTULO

INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el año 2015, en urgencias del hospital de Alcañiz comenzó a implementarse la estrategia de código sepsis. La sospecha se inicia con un aplicativo de PCH que avisa en el triaje de sospecha de paciente con sepsis, por lo que requiere evaluación del médico para diagnóstico y actuación precoz. Sin embargo, dicha intervención nunca se ha documentado, ni se ha monitorizado su aplicación, de tal forma que es un protocolo implícito que puede sufrir variaciones individuales en su aplicación, así como relajación a lo largo del tiempo. Además, esta estrategia no se ha llegado a implementar en las plantas.

RESULTADOS ESPERADOS

Asegurar la implementación del código sepsis tanto en urgencias como en las plantas del hospital de Alcañiz. Monitorización periódica de indicadores de la implantación del código sepsis e implementación de acciones correctivas cuando proceda.

MÉTODO

- Elaboración de un protocolo de aplicación del código sepsis en el hospital de Alcañiz para ser aplicado en el servicio de Urgencias y en los pacientes ingresados.
- Formación al personal médico y de enfermería
- Elaboración de póster, trípticos de bolsillo y colocación del proyecto en la intranet del sector

INDICADORES

% de pacientes atendidos en urgencias con medición de lactato en la primera hora desde que se activa la sospecha (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sospecha de código sepsis a los que se ha pedido antibiograma antes de iniciar tratamiento empírico (Objetivo: > 90%)
% de pacientes en los que se ha iniciado antibioterapia antes de la primera hora desde que se activa la sospecha (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico y último lactato mayor de dos en los que se ha solicitado nueva determinación a las dos horas (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico en los que se ha normalizado el lactato en < 24 horas
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico en los que se ha normalizado la presión arterial en < 24 horas
Mortalidad por sepsis (Objetivo: reducción)

DURACIÓN

- Marzo-Julio: elaboración del procedimiento clínico
- Septiembre-Octubre: formación en plantas, elaboración y difusión de materiales
- Enero 2019: monitorización de los primeros meses

El proyecto va a tener carácter plurianual y será monitorizado 2 veces al año a partir de 2019 hasta que se considere consolidado y quede en monitorización anual.

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 - 2018/0077

1. TÍTULO

INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE CARLOS COLAS OROS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DIAZ RODRIGUEZ IVAN
GAVIN BLANCO OLGA
BRONCHAL FELL SOPHIE
GORRIZ PINTADO SILVIA
VICENTE MARTINEZ MARIA PILAR
RUIZ ANDRES MARIA ANGELES
SAURAS NAVARRO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se constituyó la subcomisión del código sepsis que tiene como función desarrollar el procedimiento del código sepsis y monitorizar la implantación del procedimiento en el hospital
- Se ha terminado el procedimiento, incluyendo un algoritmo de manejo de la procalcitonina, que se aprobó en la comisión de evaluación de cartera de servicios, para la evaluación de la efectividad del tratamiento antibiótico y el planteamiento del desescalamiento si procede.
- Por parte del laboratorio se ha creado el perfil del código sepsis para asegurar que no falte ningún parámetro analítico en el primer bundle
- Se han elaborado posters con el algoritmo del código sepsis para ser colgados en los boxes de urgencias.
- Creación de un registro de activación de código sepsis en las plantas
- El procedimiento se ha revisado por el equipo PROA y la comisión de infecciones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La implantación tuvo que ser aplazada debido a que el concurso de traslado de los médicos de urgencias se resolvió a final de año, por lo que vamos a comenzar las sesiones de implantación en el mes de Febrero, monitorizando la implantación mediante el seguimiento por la subcomisión de los indicadores de los pacientes con activación del código sepsis en el período comprendido entre Marzo y Mayo, estableciendo las acciones de mejora que procedan

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Vamos despacio, pero hemos creado un procedimiento actualizado, con buena comunicación con los diferentes actores. Próximamente veremos los resultados que produce.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/77 ===== ***

Nº de registro: 0077

Título
INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
COLAS OROS CARLOS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0077

1. TÍTULO

INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

PROBLEMA

En el año 2015, en urgencias del hospital de Alcañiz comenzó a implementarse la estrategia de código sepsis. La sospecha se inicia con un aplicativo de PCH que avisa en el triaje de sospecha de paciente con sepsis, por lo que requiere evaluación del médico para diagnóstico y actuación precoz. Sin embargo, dicha intervención nunca se ha documentado, ni se ha monitorizado su aplicación, de tal forma que es un protocolo implícito que puede sufrir variaciones individuales en su aplicación, así como relajación a lo largo del tiempo. Además, esta estrategia no se ha llegado a implementar en las plantas.

RESULTADOS ESPERADOS

Asegurar la implementación del código sepsis tanto en urgencias como en las plantas del hospital de Alcañiz. Monitorización periódica de indicadores de la implantación del código sepsis e implementación de acciones correctivas cuando proceda.

MÉTODO

- Elaboración de un protocolo de aplicación del código sepsis en el hospital de Alcañiz para ser aplicado en el servicio de Urgencias y en los pacientes ingresados.
- Formación al personal médico y de enfermería
- Elaboración de póster, trípticos de bolsillo y colocación del proyecto en la intranet del sector

INDICADORES

% de pacientes atendidos en urgencias con medición de lactato en la primera hora desde que se activa la sospecha (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sospecha de código sepsis a los que se ha pedido antibiograma antes de iniciar tratamiento empírico (Objetivo: > 90%)
% de pacientes en los que se ha iniciado antibioterapia antes de la primera hora desde que se activa la sospecha (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico y último lactato mayor de dos en los que se ha solicitado nueva determinación a las dos horas (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico en los que se ha normalizado el lactato en < 24 horas
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico en los que se ha normalizado la presión arterial en < 24 horas
Mortalidad por sepsis (Objetivo: reducción)

DURACIÓN

- Marzo-Julio: elaboración del procedimiento clínico
- Septiembre-Octubre: formación en plantas, elaboración y difusión de materiales
- Enero 2019: monitorización de los primeros meses

El proyecto va a tener carácter plurianual y será monitorizado 2 veces al año a partir de 2019 hasta que se considere consolidado y quede en monitorización 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 - 2018/0664

1. TÍTULO

DERIVACION DEL PACIENTE CON AISLAMIENTO A HOSPITALIZACION

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL ROYO MOLES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAURAS NAVARRO MARIA TERESA
AZUARA LAGUIA MARIA CARMEN
MOLINOS BOSQUE SUSANA
PEREZ VILLANUEVA MARIA MAR
GASCON PUYO ESPERANZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos realizado un borrador del procedimiento de derivación de pacientes en aislamiento en el servicio de urgencias. También estamos elaborando los circuitos que debemos tomar con cada paciente en los diferentes aislamientos y los boxes y camas de observación que deben ocupar dentro de urgencias. Con el servicio de admisión se están revisando las peticiones de ingreso en las que el paciente necesitaba un aislamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realización del subproceso de derivación de pacientes con aislamiento a hospitalización. Y el porcentaje de pacientes ingresados en hospitalización en los que conste registro de aislamiento desde el servicio de urgencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con este proyecto pretendemos aumentar la seguridad del paciente en su estancia en urgencias, ubicandolo en el sitio correcto y realizando los circuitos mas adecuados por su patología . Y también que haya una buena comunicación del tipo de aislamiento que se necesita a la hora de solicitar el ingreso del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/664 ===== ***

Nº de registro: 0664

Título
DERIVACION DEL PACIENTE CON AISLAMIENTO A HOSPITALIZACION

Autores:
ROYO MOLES MARIA ISABEL, SAURAS NAVARRO MARIA TERESA, AZUARA LAGUIA MARIA CARMEN, MOLINOS BOSQUE SUSANA, PEREZ VILLANUEVA MARIA MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

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 .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente tenemos infraregistro del paciente con criterios de aislamiento, que se derivan a hospitalización. En determinadas ocasiones, el paciente con aislamiento ingresa en hospitalización y no está registrado su condición de aislamiento, esto hace que se afecte a la seguridad del paciente, en el momento que se ingresa con otro paciente en la misma habitación o incluso que se retrasen las medidas preventivas para este tipo de pacientes. Lo que pretendemos con este proyecto es la derivación correcta de estos pacientes a hospitalización, para ello crearemos un subproceso de derivación de pacientes en aislamiento, dentro del proceso de urgencias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0664

1. TÍTULO

DERIVACION DEL PACIENTE CON AISLAMIENTO A HOSPITALIZACION

RESULTADOS ESPERADOS

1. Realizar el procedimiento de derivación de pacientes en aislamiento
2. Registrar por parte de urgencias en la petición de ingreso en hospitalización.
3. Realizar las medidas preventivas a los pacientes en aislamiento antes de su ingreso en planta.

MÉTODO

1. Realización del procedimiento de derivación de pacientes en aislamiento, por parte de medicina y de enfermería del servicio de urgencias.
2. Puesta en marcha de las medidas preventivas al paciente en aislamiento.
3. Distinción según el tipo de aislamiento y las medidas a tomar.
4. Comprobación de paciente con aislamiento en la hoja de petición de ingreso.
5. Colaborar con el servicio de admisión en las dudas, sobre la derivación de los mismos.

INDICADORES

1. Realización del subproceso de derivación de pacientes con aislamiento a hospitalización. Indicador dicotómico: SI/NO
2. % de pacientes ingresados en hospitalización en los que conste en registro de paciente en aislamiento desde el servicio de urgencias.

DURACIÓN

Anual, empezaremos el proyecto el mes de junio y las actividades se realizarán a lo largo del año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0662

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA MICROHEMATURIA

Fecha de entrada: 07/02/2019

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.

VALERO MILIAN JESUS
GIL ORTIGOSA MARIA LUISA
ANDRES LOPEZ VANESA
GASCO CASTILLO VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró una ruta asistencial de la atención a la microhematuria que incluía un protocolo de petición de pruebas en pacientes con microhematuria previo a la derivación a la consulta de urología (indicado tras interconsulta virtual). Se acordó con la dirección de Atención Primaria incluir dentro de la cartera de servicios de atención primaria la realización de citologías en orina.

El protocolo fue expuesto en la Junta Técnico Asistencial de Atención Primaria y difundido a través de la dirección de Atención Primaria.

Este protocolo forma parte de una línea estratégica del Servicio de Urología para optimizar la interconsulta virtual, para lo que también se ha desarrollado un protocolo de hipertrofia benigna de próstata.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el año 2017 se contestaron de junio (fecha de implantación) a diciembre 212 interconsultas virtuales, siendo el número de presenciales de 556. En el año 2018 desde enero a diciembre se han contestado 1098, y el número de visitas presenciales de enero a septiembre ha sido de 305 visitas.

La demora media en el año 2017 era de 71 días y actualmente es de 21 días sin haber variado el número de facultativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El diálogo y la coordinación con atención primaria, junto con el desarrollo de protocolos y la interconsulta virtual han conseguido reducir de forma evidente la demora media y el número de visitas presenciales en nuestro servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/662 ===== ***

Nº de registro: 0662

Título
OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA MICROHEMATURIA

Autores:
ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER, VALERO MILIAN JESUS, GIL ORTIGOSA MARIA LUISA, ANDRES LOPEZ VANESA, GASCO CASTILLO VERONICA

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 .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0662

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA MICROHEMATURIA

PROBLEMA

En los últimos meses se están produciendo demoras en las consultas de urología, por lo que consideramos importante incrementar la eficiencia de nuestras visitas en colaboración con atención primaria. Uno de los motivos más frecuentes de derivación en las consultas externas de urología y en la realización de "interconsultas virtuales", es la investigación de la microhematuria, que requiere de una evaluación inicial con varias pruebas que pueden desarrollarse desde atención primaria evitando la primera visita a estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Realizar un protocolo de derivación, en pacientes con microhematuria, para atención primaria.
Reducir la demora en las consultas de urología evitando la primera consulta.
Reducir, agilizar y optimizar el uso de la interconsulta virtual.
Evitar desplazamientos a los pacientes.

MÉTODO

Elaboración de protocolo de derivación con anamnesis dirigida y petición de batería de pruebas complementarias para después valorar la derivación a través de la interconsulta virtual.
Formación en Atención Primaria y difusión del protocolo en los centros de salud.

INDICADORES

Demora en primeras consultas en la consulta de urología.
Nº de interconsultas virtuales por microhematuria.
% de interconsultas virtuales, en pacientes con microhematuria, con demoras superiores a los 7 días.

DURACIÓN

- Mayo: Elaboración de protocolo
- Junio: Difusión en los centros de salud
- Diciembre: 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 - 2018/0663

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA HIPERTROFIA BENIGNA DE PROSTATA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE JESUS VALERO MILIAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER
GIL ORTIGOSA MARIA LUISA
GASCO CASTILLO VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró una ruta asistencial de la atención a la hipertrofia benigna de próstata que incluía un protocolo de diagnóstico seguimiento y tratamiento en atención primaria, que evitara la derivación sistemática de pacientes sin factores de riesgo a la consulta de urología. Se acordó con la dirección de Atención Primaria y la Comisión de Uso racional del medicamento. Como apoyo a la ruta asistencial se insistió en la realización de interconsultas virtuales en caso de duda.

El protocolo fue expuesto en la Junta Técnico Asistencial de Atención Primaria y difundido a través de la dirección de Atención Primaria.

Este protocolo forma parte de una línea estratégica del Servicio de Urología para optimizar la interconsulta virtual, para lo que también se ha desarrollado un protocolo de hipertrofia benigna de próstata.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el año 2017 se contestaron de junio (fecha de implantación) a diciembre 212 interconsultas virtuales, siendo el número de presenciales de 556. En el año 2018 desde enero a diciembre se han contestado 1098, y el número de visitas presenciales de enero a septiembre ha sido de 305 visitas.

La demora media en el año 2017 era de 71 días y actualmente es de 21 días sin haber variado el número de facultativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El diálogo y la coordinación con atención primaria, junto con el desarrollo de protocolos y la interconsulta virtual han conseguido reducir de forma evidente la demora media y el número de visitas presenciales en nuestro servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/663 ===== ***

Nº de registro: 0663

Título
OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA HIPERTROFIA BENIGNA DE PROSTATA

Autores:
VALERO MILIAN JESUS, ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER, GIL ORTIGOSA MARIA LUISA, GASCO CASTILLO VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Hombres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0663

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA HIPERTROFIA BENIGNA DE PROSTATA

PROBLEMA

En los últimos meses se están produciendo demoras en las consultas de urología, por lo que consideramos importante incrementar la eficiencia de nuestras visitas en colaboración con atención primaria. Uno de los motivos más frecuentes de derivación en las consultas externas de urología y en la actualidad de interconsultas virtuales, es el diagnóstico y seguimiento de la Hiperplasia Benigna de Próstata.

RESULTADOS ESPERADOS

Protocolo de derivación de pacientes con Hiperplasia Benigna de Próstata para atención primaria.

Reducir la demora en las consultas de urología.

Reducir, agilizar y optimizar el uso de la interconsulta virtual. Evitar desplazamientos a los pacientes.

Atención segura y eficiente en Atención Primaria de la Hiperplasia Benigna de Próstata.

MÉTODO

Elaboración de protocolo de diagnóstico de patología prostática con diagnóstico y seguimiento en Atención Primaria de los pacientes con Hiperplasia Benigna de próstata no complicada y derivación en el resto de los casos.

Formación en Atención Primaria y difusión del protocolo en los centros de salud.

INDICADORES

Demora en primeras consultas en la consulta de urología.

Nº de interconsultas virtuales por Hiperplasia Benigna de próstata.

% de interconsultas virtuales, por Hiperplasia Benigna de Próstata, con demoras mayores de 7 días.

DURACIÓN

- Mayo: Elaboración de protocolo
- Junio: Difusión en los centros de salud
- Diciembre: 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 :

*** ===== **