

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

Sector CALATAYUD							
Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	COMPES DEA MARTA	2018_0501	F	08/02/2019	TE MUEVES, VEN, CAMINA, ...DISFRUTA DE TU ENTORNO
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA	2018_0572	S1	22/02/2019	PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA	2018_0572	F	31/01/2020	PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. ALHAMA DE ARAGÓN
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	ROYO VILLA ALBERTO	2018_0573	S1	22/02/2019	ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	ROYO VILLA ALBERTO	2018_0573	F	30/01/2020	ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGÓN
CA	AP	CS ARIZA	ROIG BARTOLOME ISRAEL	2018_0551	S1	13/02/2019	MEDICION DEL INDICE TOBILLO-BRAZO EN PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA
CA	AP	CS ARIZA	HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION	2018_0553	F	12/02/2019	MEDICION DEL PERIMETRO ABDOMINAL ENTRE PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA
CA	AP	CS ATECA	IBAÑEZ FORNES MONICA	2018_0582	S1	11/02/2019	ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)
CA	AP	CS ATECA	IBAÑEZ FORNES MONICA	2018_0582	S2	27/01/2020	ACOPLA SALUD
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE ATENCION CONTINUADA EN AP	BERNAL FRANCO CRISTINA	2018_0460	F	09/01/2019	USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	BERNAL FRANCO CRISTINA	2018_0460	F	04/02/2019	USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	PERALES MARTINEZ JOSE IGNACIO	2018_0477	F	23/02/2019	MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO MEDIANTE LA COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	LOPEZ FELEZ CARLOS	2018_0533	F	13/03/2019	TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA PARA ALUMNOS DE LOS COLEGIOS PUBLICOS CONCERTADOS DE 6º PRIMARIA DE CALATAYUD
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	PIQUERAS LORIENTE SUSANA	2018_0567	F	22/02/2019	MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, MEDIANTE LA ELABORACION Y CONTROL DE NORMAS PARA LA GESTION DEL SERVICIO
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	UBIDE MARTINEZ MARIA ANTONIA	2018_0585	S1	04/01/2019	PROYECTO DE MEJORA PARA AUMENTAR EL REGISTRO DE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	SOLANS PIQUERAS CARMEN	2018_0226	F	21/02/2019	MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DIABETICO A TRAVES DEL PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TIRAS REACTIVAS
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA	2018_0252	F	20/02/2019	IMPORTANCIA CLINICA DEL DIAGNOSTICO DE LA HTA NOCTURNA MEDIANTE EL MAPA
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION	2018_0305	F	14/02/2019	REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	BERNAD HERNANDO SONIA	2018_0314	F	20/02/2019	PROMOCION DE LOS "BUENOS TRATOS" Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN POBLACION ADOLESCENTE DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	CHUECA GORMAZ ISABEL	2018_0462	F	28/02/2019	BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE
CA	AP	CS DAROCA	RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS	2018_0537	F	14/02/2019	ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL CALCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS
CA	AP	CS DAROCA	APARICIO SORIANO OLGA	2018_0578	S2	14/02/2019	ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN EL CENTRO DE SALUD DE DAROCA POR PARTE DE ENFERMERIA
CA	AP	CS ILLUECA	BARDAJI RUIZ BEATRIZ	2018_1159	F	20/01/2020	TALLER DE FORMACIÓN BÁSICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA
CA	AP	CS ILLUECA	GARCIA REDONDO PILAR	2018_1275	S1	13/03/2019	EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA
CA	AP	CS ILLUECA	GARCIA REDONDO PILAR	2018_1275	F	30/01/2020	EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA
CA	AP	CS MORATA DE JALON	NAYA MATEU YOLANDA	2018_0603	F	24/02/2019	EDUCACION SANITARIA A PACIENTES CON EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE MORATA DE JALON
CA	AP	CS SAVIÑAN	MERINO LABORDA JOAQUIN	2018_0122	F	15/01/2019	MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

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

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
CA	AP	CS SABIÑAN	MERINO LABORDA JOAQUIN	2018_0122	F	28/01/2019	MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS
CA	AP	CS SABIÑAN	NAVARRA VICENTE BEATRIZ	2018_0123	F	09/01/2019	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN
CA	AP	CS SABIÑAN	NAVARRA VICENTE BEATRIZ	2018_0123	F	28/01/2019	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	GUERRERO TOLEDO YAMILETH	2018_0560	S1	20/02/2019	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	GUERRERO TOLEDO YAMILETH	2018_0560	F	24/02/2020	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	PEÑALOSA GARCIA MARIA ISABEL	2018_0561	S1	25/02/2019	EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLES EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2018: PREVENCION DE LA OSTEOPOROSIS EN LAS MUJERES
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	ARANDA GRACIA MARIA JESUS	2018_0562	S1	20/02/2019	MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALADORA EN EL PACIENTE EPOC
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	ARANDA GRACIA MARIA JESUS	2018_0562	F	30/01/2020	MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALATORIA EN EL PACIENTE EPOC
CA	AP	DAP CALATAYUD	CODES GOMEZ JOSE	2018_0018	S1	15/01/2019	ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA
CA	AP	DAP CALATAYUD	CODES GOMEZ JOSE	2018_0018	F	28/01/2020	ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA
CA	AP	DAP CALATAYUD	DE LUCAS BARQUERO ARIADNA	2018_0029	S2	15/01/2019	GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS
CA	AP	DAP CALATAYUD	BUENO PASCUAL MARGARITA	2018_0030	S1	15/01/2019	ATENCION INTEGRAL A LAS HERIDAS CRONICAS (HC): LESIONES POR PRESION (LPP), LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, SÍNDROME DEL PIE DIABÉTICO Y OTRAS
CA	AP	DAP CALATAYUD	BUENO PASCUAL MARGARITA	2018_0030	F	31/01/2020	ATENCIÓN INTEGRAL A LAS HERIDAS CRÓNICAS (HC): LESIONES POR PRESIÓN, LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, PIE DIABÉTICO Y OTRAS
CA	AP	DAP CALATAYUD FARMACIA ATENCION PRIMARIA	DE LUCAS BARQUERO ARIADNA	2018_0029	F	31/01/2020	GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ADMISION Y DOCUMENTACION	ARTAL GOMEZ MARIA CARMEN	2018_0337	F	27/02/2019	ELABORACION DE MANUAL DE IMPLANTACION DE PLAN DE INMERSION AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION (FIJO/TEMPORAL) EN SECRETARIAS DE PLANTAS Y A.PATOLOGICA EN EL SERVICIO DE ADMISION EN EL H.ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANALISIS CLINICOS	MUÑOZ PEÑA CRISTINA	2018_0557	S0	28/02/2019	PROPORCIONAR A LOS PACIENTES AMBULATORIOS CON SOLICITUDANALITICA DE GASOMETRIA SANGUINEA, LA POSIBILIDAD DE ELEGIR ELMODO DE EXTRACCION
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANALISIS CLINICOS	ESTEVE ALCALDE PATRICIA	2018_0558	S1	24/02/2019	ORGANIZACION DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANESTESIA Y REANIMACION	CARNICERO GIMENO LAURA	2018_0332	F	15/03/2019	PREPARACION PACK DE MEDICACION NECESARIA PARA HEMORRAGIA MASIVA PERIOPERATORIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANESTESIA Y REANIMACION	ORTIZ ENCISO MARTA	2018_1207	S1	17/01/2019	OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANESTESIA Y REANIMACION	ORTIZ ENCISO MARTA	2018_1207	F	28/02/2020	OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH CARDIOLOGIA	ALQUEZAR GARCIA JOSE ANGEL	2018_0010	F	07/02/2019	ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE PRUEBAS ESPECIALES DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH CARDIOLOGIA	ALAMEDA SERRANO JAVIER	2018_0188	F	26/02/2019	UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC): TRATAMIENTO DE CORTA ESTANCIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE	2018_0112	F	26/02/2019	MEJORA DEL MANEJO DEL PAQCIENTE PORTADOR DE UN DRENAJE TORACICO MEDIANTE LA ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	DE JUAN CEBOLLADA CARMEN	2018_0178	F	15/03/2019	MEJORA EN EL USO DE RECUPERADORES SANGUINEOS EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA

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

Sector CALATAYUD							
Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH DIGESTIVO	MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN	2018_0210	F	11/01/2019	ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH DIGESTIVO	MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN	2018_0210	F	05/02/2019	ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH DIGESTIVO	SANCHO MUÑOZ ELENA	2018_0953	F	09/01/2019	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DELPROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH DIGESTIVO	SANCHO MUÑOZ ELENA	2018_0953	F	06/02/2019	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DELPROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	MAÑAS MARTINEZ ANA BELEN	2018_0566	F	11/02/2019	ELABORACION DE UN MODELO DE SOLICITUD DE HORMONAS DESDE LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA AL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH FARMACIA HOSPITALARIA	URIARTE PINTO MOISES	2018_0485	S1	05/03/2019	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN ELHOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH FARMACIA HOSPITALARIA	URIARTE PINTO MOISES	2018_0485	F	31/01/2020	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MEDICINA INTERNA	MANRESA OROZ NOEMI	2018_0133	F	19/02/2019	ADAPTACION DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS PARA EL PACIENTE CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	ORTEGA MAJAN MARIA TERESA	2018_0388	S1	17/12/2018	PLAN DE MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO	2018_0281	S2	08/01/2019	ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO	2018_0281	S2	04/02/2019	ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO	2018_0281	F	30/01/2020	ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MONFORTE CIRAC MARIA LUISA	2018_0284	S0	08/01/2019	IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	MONFORTE CIRAC MARIA LUISA	2018_0284	S2	04/02/2019	IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNESTLLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH NEFROLOGIA	RUBIO MONTUENGA MARIA JOSE	2018_0102	F	21/02/2019	MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE INMOVILIZACION TERAPEUTICA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH NEFROLOGIA	ESTEBAN GUAJARDO MARIA CRUZ	2018_0313	F	12/02/2019	MEJORA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH NEUROLOGIA	PALACIN LARROY MARTA	2018_0144	S1	13/02/2019	MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH NEUROLOGIA	PALACIN LARROY MARTA	2018_0144	S1	14/02/2019	MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITALERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MARTINEZ BENEDI MARIA ISABEL	2018_0109	F	07/02/2019	ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE INGRESADO SOBRE ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	DURAN ALGAS LORENA	2018_0607	F	15/03/2019	PROMOCION DEL PH DE CALOTA FETAL INTRAPARTO COMO GOLD ESTANDAR PARA DETERMINAR LA CONDUCTA OBSTETRICA EN SALA DE PARTOS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MENES LANASPA JOSE JAVIER	2018_0643	F	13/03/2019	PROMOCION DEL METODO PIEL CON PIEL PRECOZ Y LACTANCIA MATERNAEN SALA DE PARTOS. CUIDADOS GENERALES DEL RN DE BAJO RIESGODURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	CAÑIZARES OLIVER SILVIA	2018_0824	F	15/03/2019	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PERDIDA GESTACIONAL Y DUELO PERINATAL
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	FRANCO SERRANO CARLOS	2018_1544	F	15/03/2019	IMPLEMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ONCOLOGIA MEDICA	PAJARES BERNAD ISABEL	2018_0521	S1	15/03/2019	ELABORACION Y ACTUALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLOGICOS EN TRATAMIENTO CON

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

Sector CALATAYUD

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							ANTINEOPLASICOS ORALES
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ONCOLOGIA MEDICA	JIMENEZ RUBIANO BERTA	2018_1166	S1	15/03/2019	IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIA SANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ONCOLOGIA MEDICA	JIMENEZ RUBIANO BERTA	2018_1166	F	31/01/2020	MPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIASANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE ALPACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDADDE VIDA DE LOS PACIENTES
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH PEDIATRIA	ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ	2018_0196	F	18/02/2019	CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS CRITICAS EN EL PERIODO NEONATAL
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR	2018_0066	F	16/01/2019	MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON LESIONES POR PRESION Y HERIDAS CRONICAS MEDIANTE DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO. LA IMPLANTACION
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)	GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA	2018_0100	S1	06/02/2019	IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)	GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA	2018_0100	S1	06/03/2019	IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)	GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA	2018_0100	F	15/01/2020	IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	CATALAN LADRON MARIA LUISA	2018_0672	S1	16/01/2019	AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFIA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	CATALAN LADRON MARIA LUISA	2018_0672	F	30/01/2020	AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0501

1. TÍTULO

TE MUEVES, VEN, CAMINA, ...DISFRUTA DE TU ENTORNO

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE MARTA COMPES DEA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR
PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA
JUDEZ JOVEN ROSA ISABEL
FUNES NAVARRO EMMANUEL
SANJUAN CORTES MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Ser una persona activa física y socialmente ayuda a mejorar el bienestar mental, cognitivo y permite disfrutar de una mejor calidad de vida.

Desde la atención primaria rural, por su proximidad con el paciente, fomentamos la participación comunitaria. Introducir la actividad física como rutina diaria, como eje de la salud para las personas y como base del tratamiento de múltiples patologías, se convirtió en nuestro objetivo.

Los lugares donde realizamos la actividad son al aire libre en un entorno privilegiado como es el parque del lago termal de Alhama de Aragón de mayo a octubre, y en el camino de la Veguilla noviembre y diciembre. En Jaraba en el entorno de los balnearios Serón y Sicilia.

El equipo de atención comunitaria nos reunimos en febrero en 2 ocasiones para elaborar el proyecto en el que participamos los enfermeros, aunque más adelante se unió como colaboradora la auxiliar administrativa del centro. Una vez elaborado el proyecto, lo presentamos mediante una sesión clínica al resto de los compañeros del centro a los que después fuimos informando por correo electrónico.

Para la difusión de nuestro proyecto utilizamos carteles, en los que anunciábamos el nombre del proyecto con la idea principal del mismo y la derivación al enfermero de referencia para la inscripción de los interesados. No resultó adecuado ya que finalmente captamos a los participantes poniéndonos en contacto con las personas que conocemos que son las que posteriormente guiarán a los grupos y a través del boca a boca. Desde las consultas y desde el servicio de admisión animamos a participar en la actividad, informando de los días que los enfermeros podíamos acompañar en los paseos.

Realizamos ajustes sobre la idea principal por varios motivos:

- Dificultad de cumplimiento por parte de enfermería de la supervisión semanal de los paseos, se hizo de forma menos exhaustiva hablando con las personas que se prestaron como líderes del grupo para evaluar la actividad. En Jaraba surgieron problemas por la dispersión. Teresa y Pilar supervisaron 6 paseos ya que cada enfermera atiende a muchos municipios.

Teresa a Ibdes, Jaraba, Calmarza y laboratorio en Nuévalos. Pilar a Nuévalos, Campillo de Aragón, Abanto, Monterde, Llumes, Cimballa y laboratorio en Nuévalos.

En Alhama la dificultad surgió por la presión asistencial afectando a los enfermeros de Cetina y Alhama, Rosa y Emmanuel.

Este problema se subsanó en parte gracias a la implicación de nuestra dirección de atención primaria, ya que a partir de octubre destinó 2 jornadas al mes para realizar el trabajo comunitario de nuestro centro de salud de la mano de la referente comunitaria, Marta.

- Dificultad en unificar pequeños grupos ya formados. Al trabajar en poblaciones pequeñas, ya existen grupos en los que surgen diferencias de planteamiento de la rutina, de intensidad de la actividad y porqué no decirlo de enemistades. Nos planteamos cómo planear la actividad respetando todas las opciones... Desde el equipo de atención comunitaria valoramos positivamente el trabajo grupal, así que el día que los enfermeros podíamos supervisar intentábamos reunir a la mayor parte de los subgrupos. El resto del tiempo se nos ocurrió la idea de crear un calendario de autorregistro de la actividad física de los participantes. Lo pusimos en marcha en Alhama para posteriormente extrapolar a Jaraba y al resto de municipios si realmente funcionaba. En el reparto y recepción de calendarios fue de gran ayuda Miriam (aux. Administrativo) que se prestó voluntaria en esta parte del proyecto. La forma de registrar la actividad es por puntos verdes, colocarán un punto verde sobre el día que hayan realizado actividad física, también registrarán de la misma forma si han participado en actividades dirigidas por parte de la comarca o asociaciones, zumba, pilates, yoga, zumba gold... En un futuro la entrega de calendarios se puede realizar desde las consultas de enfermería y medicina, como una forma de recomendación y evaluación de activos comunitarios.

Paseos supervisados:

17/05/2018. Comenzamos en Jaraba con Pilar y Teresa, acuden 10 participantes y trabajan las fases del ejercicio, calentamiento, trabajo aeróbico y estiramientos. Realizan una lluvia de ideas sobre los beneficios del ejercicio regular.

31/05/2018. Durante el paseo se informan de cómo han pasado estas semanas, de la regularidad y unión del grupo, observan que se crean subgrupos según edades e intereses. La participación es predominantemente femenina con edades comprendidas entre los 40 y 80 años. Se refuerza la idea de no abandonar, recordando los beneficios del ejercicio. La participación fue de 8 personas, en Jaraba con Pilar y Teresa.

14/06/2018. El grupo se reúne en la plaza del pueblo con Teresa y Pilar, acuden 7 personas, todas mujeres y hacen una pequeña evaluación sobre los días anteriores, todas caminan al menos 4 veces por semana durante aproximadamente 1 hora, aunque siguen en grupos pequeños. El recorrido se hace por el camino que une los balnearios de Serón y Sicilia.

El grupo de Jaraba supervisado por enfermeros se fija a jueves alternos de mitad de mayo a mitad de julio.

10/07/2018. La actividad comienza a las 8,40 con 15 participantes, a todas las participantes se les ha citado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0501

1. TÍTULO

TE MUEVES, VEN, CAMINA, ...DISFRUTA DE TU ENTORNO

previamente en la consulta de enfermería para pesar, medir y realizar el IMC. Al empezar la actividad se dividen en 3 grupos según la capacidad física de las integrantes, uno de ellos da 10 vueltas al lago, otro 8 y el último 4. La caminata discurre con buen ánimo y se nota en todas las participantes la voluntad de no perder el ritmo, nadie se detiene a descansar. Al terminar surge el compromiso de continuar con los paseos así como de ampliar conocimientos en temas de salud, alimentación y deporte. Enfermero responsable: Emmanuel.

25/07/2018. El paseo comienza en el parque del lago a las 8,30 con 7 participantes, todas ellas mujeres. Un grupo camina 10 vueltas y el otro 7. Durante el recorrido se explican ejercicios de calentamiento, estiramientos, hidratación y alimentación antes, durante y después del ejercicio. Rosa anima a las participantes a apuntarse a las actividades programadas por la comarca para trabajar la fuerza, resistencia y flexibilidad que no aporta el solo hecho de caminar.

05/10/2018. Comenzamos con una dinámica, el parte meteorológico, que consiste en expresar nuestro estado de ánimo antes y después de realizar la actividad, a través de los símbolos de la meteorología, nubes, sol, viento, tormenta... Caminamos unos 50 minutos y propongo que vayan pensando en los beneficios que les aporta el ejercicio. Al finalizar realizamos una lluvia de ideas: sirve para la salud mental, las piernas, la circulación, agilidad, azúcar, hipertensión, huesos, corazón, no engordar, para todo.

Participantes: 10. Conductor del grupo: Marta.

09/11/2018. Decidimos por unanimidad cambiar el recorrido al camino de la Veguilla por las condiciones climatológicas, en el lago hay mucha humedad y las hojas caídas del otoño hacen el terreno resbaladizo. Hablamos durante el recorrido de la importancia de movilizar todas las articulaciones, completamos la actividad con ejercicios de fuerza y flexibilidad del tronco superior, recomendamos que los repitan diariamente en el grupo para que entre todos recuerden el mayor número de ejercicios. Hicimos la entrega de los calendarios de autorregistro, la actividad duró 70 minutos y asistieron 7 personas. Enfermera responsable: Marta.

23/11/2018. Se suspende la actividad por las condiciones climáticas (lluvia), quedamos para el próximo día, entregamos los calendarios del mes de diciembre a la auxiliar del centro para que los reparta, hablo con la portavoz de las participantes por teléfono. Enfermera responsable: Marta.

10/12/2018. Son las 9 de la mañana, comenzamos con una temperatura de 0°C, solo 3 participantes, me comentan que el resto salen por la tarde por el frío. Recogemos los calendarios de actividad mensual, quedamos para el último paseo del año y despedida. Proponemos la reanudación del grupo a partir de marzo, agrupándonos de nuevo a las 9 de la mañana. Responsable: Marta.

14/12/2018. Solo 3 participantes se presentan para realizar la actividad, -2°C. Caminamos 50 minutos, nos despedimos, recogemos los calendarios y posponemos la actividad hasta que el tiempo lo permita. Responsable: Marta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo general del proyecto era introducir la actividad física como rutina diaria en la población diana, se ha alcanzado pero solo en el grupo de mujeres mayores de 65 años. Así pues el resto de objetivos específicos los vamos a evaluar en este grupo. Para la valoración de la modificación de los hábitos alimentarios realizamos entrevistas durante los paseos y el nivel de conocimientos por observación directa. El grado de satisfacción tanto de profesionales como de participantes ha sido alto, han transmitido que la actividad les aporta bienestar, incluso dependencia. En relación con los indicadores fijados para la evaluación los resultados son los siguientes:

Indicador 1: número de paseos supervisados 13. No conseguido.

Indicador 2: Actividad instaurada en 2 municipios de la zona básica de salud. Conseguido, en Alhama y Jaraba.

Indicador 3: Valorado por los calendarios de autorregistro. Conseguido, 70%.

Indicador 4: No valorado.

La duración de la intervención en el proyecto fue de 8 meses, de mayo a diciembre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La difusión del proyecto se tendría que modificar, ya que las participantes son personas que habitualmente utilizan los servicios asistenciales del Centro de Salud, y queremos que nuestra propuesta se conozca en toda la comunidad, ya que va destinada a la población adulta de ambos sexos. Los carteles realizados se pueden mejorar con un tamaño mayor y en color, y distribuirlos por zonas transitadas de los municipios. También solicitando colaboración a los ayuntamientos, anunciando la actividad por megafonía en los municipios que cuenten con este servicio. La propuesta de supervisión de los paseos se limitará a los meses de marzo a octubre, ya que en los meses de condiciones meteorológicas más duras los paseos se siguen realizando en las horas centrales del día. Debemos valorar los beneficios de ampliar el ámbito de actuación en el resto de municipios, por número de habitantes, posibilidad de supervisión de los paseos o simplemente rellenando los calendarios de autorregistro y entregándolos a los referentes. Como conclusión la valoración es positiva para la comunidad gracias a la aceptación de la actividad, los participantes se han convertido en vectores de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/501 ===== ***

Nº de registro: 0501

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0501

1. TÍTULO

TE MUEVES, VEN, CAMINA, ...DISFRUTA DE TU ENTORNO

Título
¿TE MUEVES? VEN, CAMINA, DISFRUTA DE TU ENTORNO

Autores:
COMPES DEA MARTA, JUDEZ JOVEN ROSA, FUNES NAVARRO ENMANUEL, PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR, PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: El proyecto está dedicado a fomentar estilos de vida saludables.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Ser una persona activa ayuda a mantenerse ágil físicamente, mejorar el bienestar mental y social, mejorar la función cognitiva, permite disfrutar de una buena calidad de vida, mantener un peso adecuado y reducir el riesgo de desarrollar algunas de las enfermedades crónicas más frecuentes, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, hipercolesterolemia o cáncer de mama o colon, mejorando la evolución de algunas de ellas. La atención primaria nos permite la proximidad al paciente y facilita la comunicación mediante el mensaje breve, reiterado, de forma individual o colectiva. Por ello vamos a fomentar la participación comunitaria. Dentro de este marco de actuación la oportunidad de mejora seleccionada es informar, trabajar y promocionar hábitos de vida saludables desde la actividad comunitaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Introducir la actividad física como una rutina diaria para mantener o aumentar la calidad de vida desde un punto de vista holístico de la persona, es decir biopsicosocial.
- Modificar los hábitos alimentarios inadecuados.
- Aumentar el nivel de conocimientos de los participantes, que consigan diferenciar entre los tres componentes del ejercicio: fuerza, flexibilidad y resistencia, así como los beneficios del mismo.
- Disminuir el sedentarismo.
- Reducir el IMC en los participantes con tendencia hacia el normopeso.
- Reforzar el concepto de hábitos saludables como base del tratamiento de múltiples patologías.
- Acercar el trabajo de enfermería a la comunidad, dando a conocer nuestra labor y aportando nuestro conocimiento.

MÉTODO
Se realizarán paseos diariamente de aproximadamente 50 minutos de duración, de lunes a domingo. Dependiendo de la época del año:

- Periodo invernal, de octubre a abril: en horario de 13,30 a 14,20.
- Periodo estival, de mayo a septiembre: en horario de 8,15 a 9,05.

En la localidad de Alhama de Aragón los paseos se realizarán alrededor del Lago termal, y durante el cierre del balneario Termas Pallarés pasarán al camino de la Veguilla.
En el resto de localidades se harán recorridos circulares alrededor de los núcleos poblacionales.
Un día a la semana un enfermero acompañará a los participantes, registrando la asistencia semanal, haciendo refuerzo positivo e introduciendo temas sobre alimentación, ejercicio (fuerza, flexibilidad y resistencia), tabaco, alcohol, etc. y resolviendo dudas que surjan durante la semana. Entre los responsables del proyecto se creará un turno rotatorio para que todos se involucren y aporten su conocimiento para la consecución de los objetivos del proyecto. El enfermero responsable de cada semana realizará un acta para facilitar la evaluación de la actividad.
Antes de comenzar se hará una valoración de los participantes mediante:

- Datos básicos: peso, talla, IMC y perímetro abdominal.
- Encuesta sobre estilos de vida saludables (Ministerio de Sanidad) Son cuestionarios diferentes según grupos de edad. Usaremos el de 18 a 64 años y el de mayores de 65.

INDICADORES

- Indicador 1: número de paseos supervisados a lo largo de 2018. Valor a alcanzar 16, valor inferior 12, valor superior 20.
- Indicador 2: implantar la actividad en al menos 2 núcleos poblacionales de la zona básica de salud.
- Indicador 3: Número de pacientes que han introducido o incrementado el ejercicio físico en su rutina diaria/ Número de pacientes captados. Estándar 60 %.
- Indicador 4: porcentaje de satisfacción de los participantes que se medirá con una encuesta valorando la utilidad, los beneficios adquiridos y la capacidad del personal sanitario.

Para la medición de los indicadores se utilizarán la toma de datos básicos personales y la cumplimentación de encuestas y escalas de valoración.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0501

1. TÍTULO

TE MUEVES, VEN, CAMINA, ...DISFRUTA DE TU ENTORNO

DURACIÓN

Fecha de inicio: mayo de 2018.

Fecha de finalización: 1 de diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Se informará al Balneario Termas Pallarés de la actividad a realizar para solicitar su visto bueno.

Se contactará con asociaciones de vecinos, mujeres, personas mayores para dar a conocer nuestro proyecto

Se nombrará a 2 personas voluntarias como portavoces del grupo para realizar el seguimiento diario, mantendrán una comunicación directa con la responsable del proyecto al menos una vez al mes vía telefónica.

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 - 2018/0572

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE TERESA PEREZ-CABALLERO SANCHEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR
FUNES NAVARRO EMMANUEL
JUDEZ JOVEN ROSA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
OBJETIVOS DEL PROYECTO

Los objetivos del proyecto fueron:

1. Conseguir que todos los pacientes >40 años diagnosticados de EPOC tengan realizada, al menos una espirometría.
2. Contribuir a aumentar el registro de pacientes con EPOC, actualmente en el 4,01%, mediante la realización de espirometrías a pacientes fumadores.
3. Alcanzar una cobertura, de al menos, el 60% (estándar: 50-70%) en el registro de "Limpieza Ineficaz de Vías Aéreas" en 2018.
4. Mejorar el conocimiento y uso de los distintos tipos de inhaladores en los pacientes EPOC.

GRUPOS DESTINATARIOS:

Pacientes EPOC >40 años y < 80 años de la ZBS de Alhama de Aragón.

INTERVENCIONES:

Realización de espirometrías, revisión y cumplimentación del registro de "Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas" y realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores en los pacientes EPOC, previo y posterior, a la comprobación del uso de los distintos dispositivos en la consulta de enfermería.

ACTIVIDADES REALIZADAS A LO LARGO DEL AÑO.

Se realizó una primera sesión el 5 de febrero de 2018 a cargo de la responsable del proyecto con el EAP y se dividió en 2 partes:

1. Parte teórica donde se mostraron los distintos tipos de dispositivos existentes.
2. Taller práctico de uso de inhaladores.

Se creó una agenda de espirometrías quincenal con un máximo de 2 espirometrías al día, empleando la 1ª quincena de cada mes para la realización de espirometrías en Alhama y la segunda quincena en Nuévalos.

Se reunieron los enfermeros el 12 de febrero de 2018 y se acordó revisar una vez al mes el Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión para valorar el grado de cumplimiento del indicador "Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas".

En el mes de mayo se vuelve a reunir el personal de enfermería y se valora la posibilidad de sustituir el cuestionario que se preveía pasar a los pacientes por la observación del uso correcto/incorrecto de los inhaladores debido a la dificultad que les suponía a gran parte de dichos pacientes. Para ello se le pide al paciente que use su inhalador sin darle ninguna indicación, después se le enseña a usarlo corrigiendo sus posibles errores y por último se le pide que lo vuelva a utilizar después de nuestras indicaciones

Para la realización de las espirometrías se usan 2 métodos:

Captación en consulta programada de enfermería
A partir de los listados de OMI del programa de atención a pacientes crónicos: EPOC.

Varios pacientes que han acudido a lo largo de este año al Servicio de Neumología han aportado copia de la espirometría realizada allí, previa petición desde Atención Primaria.

Por problemas de agenda, no ha sido posible rotar por el servicio de Neumología con la enfermera de consultas externas de Neumología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0572

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON

A principios de enero, se entrega a la responsable del proyecto los resultados obtenidos y se ponen en común dichos resultados con el EAP el 18 de febrero de 2018.

Se realizó una primera sesión el 5 de febrero de 2018 a cargo de la responsable del proyecto con el EAP y se dividió en 2 partes:

1. Parte teórica donde se mostraron los distintos tipos de dispositivos existentes.
2. Taller práctico de uso de inhaladores.

Se creó una agenda de espirometrías quincenal con un máximo de 2 espirometrías al día, empleando la 1ª quincena de cada mes para la realización de espirometrías en Alhama y la segunda quincena en Nuévalos.

Se reunieron los enfermeros el 12 de febrero de 2018 y se acordó revisar una vez al mes el Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión para valorar el grado de cumplimiento del indicador "Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas".

En el mes de mayo se vuelve a reunir el personal de enfermería y se valora la posibilidad de sustituir el cuestionario que se preveía pasar a los pacientes por la observación del uso correcto/incorrecto de los inhaladores debido a la dificultad que les suponía a gran parte de dichos pacientes.

Para ello se le pide al paciente que use su inhalador sin darle ninguna indicación, después se le enseña a usarlo corrigiendo sus posibles errores y por último se le pide que lo vuelva a utilizar después de nuestras indicaciones

Para la realización de las espirometrías se usan 2 métodos:

Captación en consulta programada de enfermería

A partir de los listados de OMI del programa de atención a pacientes crónicos: EPOC.

Varios pacientes que han acudido a lo largo de este año al Servicio de Neumología han aportado copia de la espirometría realizada allí, previa petición desde Atención Primaria.

Por problemas de agenda, no ha sido posible rotar por el servicio de Neumología con la enfermera de consultas externas de Neumología.

A principios de enero, se entrega a la responsable del proyecto los resultados obtenidos y se ponen en común dichos resultados con el EAP el 18 de febrero de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto al indicador 1: % de pacientes con EPOC a los que se les ha realizado una espirometría y tienen un FEV1<70 se ha obtenido un 74,75%, respecto al 100% que era el resultado esperado. Aquí han influido varios factores, un porcentaje de pacientes se ha negado a realizar la prueba, otros han sido incapaces de realizar la técnica, y la avería técnica el espirómetro impidió realizar espirometrías desde el mes de septiembre hasta finales de noviembre, con lo que el tiempo se nos echó encima.

Con respecto al indicado 2: % de prevalencia de EPOC, se ha obtenido un 5,44%, aumentando la prevalencia EPOC con respecto a 2017.

El indicador 3: % de pacientes con diagnóstico EPOC y registro de "Limpieza Ineficaz de Vías Aéreas" en el último año ha conseguido un resultado del 85,43%, frente al 60% esperado, destacando la implicación del personal de enfermería para mejorar el registro.

Por último, el indicador 4: % de pacientes que utilizan correctamente los dispositivos de inhalación antes y después de la consulta de EPS, ha obtenido los siguientes resultados: antes de la EPS un 72,72% de los pacientes usaba correctamente los inhaladores, y posteriormente un 85%. El 15% restante eran pacientes que bien por edad, falta de colaboración o incapacidad para realizar bien la técnica no fueron capaces de usar con éxito el inhalador. En dichos pacientes se insiste en cada consulta como realizar correctamente la técnica. También es reseñable que algunos pacientes que están diagnosticados de EPOC no usan ningún dispositivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Trabajar en una ZBS con mucha dispersión dificulta la realización de actividades con la población porque no disponen de medios de transporte para acceder a dichos servicios, muchos de ellos no están dispuestos a desplazarse para realizar estas actividades.

Muchas veces se da por hecho que los pacientes saben realizar ciertas técnicas por el simple hecho de que llevan mucho tiempo realizándolas, cuando en realidad no es así, el personal de enfermería debería estar atento al uso correcto de los inhaladores, refrescando dichos conocimientos cada cierto tiempo.

En nuestra ZBS, la dispersión es tal, que funcionamos como 2 centros de salud y aunque la implicación de los profesionales es importante, es necesario dotar del material suficiente a ambos centros para poder realizar un proyecto de calidad de tanta envergadura, por lo que hemos solicitado a dirección la adquisición de un segundo espirómetro.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0572

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON

La espirometría es una técnica que tiene una cierta dificultad y los profesionales deberían estar formados y actualizados para poder realizarla con éxito, por lo que sería interesante recibir formación continuada todos los años.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/572 ===== ***

Nº de registro: 0572

Título
PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE EPOC DEL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

Autores:
PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA, PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR, FUNES NAVARRO EMMANUEL, JUDEZ JOVEN ROSA, TABUENCA FERRER LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prevalencia de EPOC registrada en OMI en nuestra ZBS en dicha población a fecha 31/12/2.017 es del 4,01%, por debajo de los objetivos establecidos por el Servicio Aragonés de Salud, según indica el estudio EPISCAN, el cual marca una prevalencia del 10,2% en personas entre 40-80 años. Es necesario aumentar la realización de espirometrías por parte del personal de enfermería. Además el registro de limpieza ineficaz de las vías aéreas alcanza el 46,30%. Nos planteamos aumentar este registro hasta un 60%. Existe una falta de destreza en el uso de los inhaladores por parte de los pacientes EPOC. Sería conveniente acciones al respecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Resultados:

1. Conseguir que todos los pacientes >40 años diagnosticados de EPOC tengan realizada, al menos, una espirometría.
 2. Contribuir a aumentar el registro de paciente con EPOC, actualmente en el 4.01%, mediante la realización de espirometrías a pacientes fumadores.
 3. Alcanzar una cobertura, de al menos, el 60% (estándar: 50-70%) en el registro de limpieza ineficaz de vías aéreas en 2.018.
 4. Mejorar el conocimiento y uso de los distintos tipos de inhaladores en los pacientes EPOC.
- Población diana: pacientes EPOC >40 años y <80 años de la ZBS de Alhama de Aragón.
Intervenciones: realización de espirometrías, revisión y cumplimentación del registro de limpieza ineficaz de vías aéreas y realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores en los pacientes EPOC, previo y posterior, a la comprobación del uso de los distintos dispositivos en la consulta de enfermería.

MÉTODO

1. Sesión formativa a cargo de la responsable del proyecto de calidad, dirigida al personal de enfermería de nuestro EAP. Dicha sesión formativa consistirá en un taller práctico para la realización de espirometrías.
2. Rotatorio de las enfermeras del EAP con la enfermera de consultas externas de neumología del Hospital Ernest Lluch para mejorar la técnica de realización de espirometrías.
3. Creación de una agenda para la realización de espirometrías, con un máximo de 2 espirometrías al día, 15 días en el C.S de Alhama de Aragón y 15 días en el PAC de Nuevalos. En caso de que el paciente acuda al hospital para la realización de una espirometría, se solicitará una copia de la misma.
4. Identificación durante todo el año 2018, fuera de consulta, utilizando el Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión, de los pacientes que no tengan un registro de limpieza ineficaz de las vías aéreas. Se registrará este hecho con un FLASH en OMI. Se aprovechará la consulta para rellenar dicho registro. Si no se pudiera

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0572

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. DE ALHAMA DE ARAGON

realizar durante la consulta a demanda, por presión asistencial o cualquier otro motivo, se podría realizar una consulta programada.

5. Entrega y realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores a los pacientes diagnosticados de EPOC, previo y posterior a la comprobación del correcto uso de los dispositivos, para valorar la mejora en el uso de los mismos tras la actividad de educación para la salud.

6. Reuniones cuatrimestrales y puesta en común de los resultados obtenidos hasta la fecha.

INDICADORES

1: % de pacientes con EPOC a los que se les ha realizado una espirometría y tienen un FEV1 < 70. Objetivo: 100%. Periodo de evaluación: al finalizar el año.

2: % de prevalencia de EPOC. Objetivo: superar el 4,01% de 2.017. Fuente de información: Cuadro de Mandos de Acuerdo de Gestión del EAP. Periodo de evaluación: al finalizar el año 2.018

3: % de pacientes con diagnóstico de EPOC y con registro de limpieza ineficaz de vías aéreas en el último año. Fuente de información: Cuadro de Mandos de Acuerdo de Gestión del EAP. Valor a alcanzar: 60%. Valor inferior: 50%. Valor superior: 70%. Periodo de evaluación: al finalizar el año.

4: % de pacientes que utilizan correctamente los dispositivos de inhalación antes y después de la consulta de educación para la salud. Fuente de información: cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores en los pacientes EPOC. Periodo de evaluación al finalizar el año.

DURACIÓN

Abril 2018 a Diciembre 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 - 2018/0572

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. ALHAMA DE ARAGÓN

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE TERESA PEREZ-CABALLERO SANCHEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR
FUNES NAVARRO ENMANUEL
JUDEZ JOVEN ROSA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En febrero de 2019 se manda la memoria del anterior proyecto al director médico de A.P. y se decide continuar con este trabajo como proyecto de continuación. En abril se solicita a dirección el listado de fumadores y el 3 de junio se realiza una reunión con el EAP y se repasan objetivos, indicadores y cartera de servicios del paciente EPOC. En la misma se reparten una serie de cuestionarios para entregar a los pacientes EPOC y realizar un cuestionario pre y post educación para la salud. La idea inicial era entregar los cuestionarios, realizar una serie de charlas sobre el manejo de inhaladores con los pacientes EPOC y al finalizar la charla, entregarles el mismo cuestionario para valorar lo aprendido. Finalmente se han sustituido las charlas grupales por EPS individualizada en consulta de enfermería.

El método utilizado para la realización de COPD-6 y espirometrías es el mismo que en 2018. Captación en consulta programada de enfermería a partir de los listados de OMI del programa de atención a pacientes crónicos: EPOC. Algunos de estos pacientes han aportado copia de la espirometría realizada en consultas externas de neumología, previa petición desde Atención Primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto al indicador 1: % de pacientes con EPOC a los que se les ha realizado una espirometría y tiene un FEV1/CVF<70%, nos habíamos marcado un objetivo del 80%. Se han realizado 90 espirometrías a un total de 117 pacientes EPOC, lo que supone que un 76,92% de los pacientes tiene una espirometría realizada en los últimos 2 años. No se ha realizado espirometría a 27 pacientes, un 23,07% del total. Entre las causas para su no realización podemos enumerar las siguientes:

- Patología neurodegenerativa: 3 (11,11%)
- Edad: 4 (14,81%)
- Falta de colaboración: 2 (7,40%)
- Incomparecencia: 4 (14,81%)
- Error diagnóstico: 2 (7,40%)
- Patología cardiovascular: 1 (3,70%)
- Otras patologías: 1 (3,70%)
- No realizadas: 10 (37,03%)

Con respecto al indicador 2: % de prevalencia EPOC. Nuestro objetivo era conseguir al menos un 5,44%, consiguiendo finalmente aumentar nuestra prevalencia EPOC hasta un 6,31%.

En el indicador 3: % de pacientes fumadores entre 40-80 años a los que se les ha realizado un COPD-6 se ha obtenido un 72,34%, realizándose 191 COPD-6 a un total de 264 pacientes fumadores (40-80 años). No se realizó un COPD-6 a 73 pacientes (27,65%). Dentro de las posibles causas para su no realización nos encontramos:

- Incomparecencia: 12 (16,43%)
- Negativa del paciente: 15 (20,54%)
- Falta de colaboración: 1 (1,36%)
- No localizable: 5 (6,84%)
- No realizados: 2 (2,73%)
- Desconocida: 38 (52,05%)

En cuanto al indicador 4: % de pacientes con diagnóstico EPOC y con registro en OMI de "Limpieza ineficaz de las vías aéreas" en el último año, nos marcamos un objetivo del 60%, alcanzado un 86,46%.

Por último, el indicador 5: % de pacientes que utilizan correctamente los dispositivos de inhalación antes y después de la consulta de educación para la salud, consideramos relevante comentar lo siguiente:

- o Un 85% de los pacientes desconoce el nombre del inhalador/es que utiliza, reconociéndolo por su forma, color o tamaño.
- o A la hora de tomar 2 inhaladores, el 73% sabe cual debe tomar primero pero no sabe ponerlos en orden por su nombre.
- o El 100% de los pacientes refiere haber recibido información sobre cómo utilizar su inhalador o haber recibido consejos sobre su uso, ya sea desde la consulta de Enfermería/Medicina o a través del Servicio de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0572

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. ALHAMA DE ARAGÓN

Neumología.

- o En cuanto a la técnica de inhalación, un 64% realizan los 3 pasos completos, aumentando a un 96% los pacientes que realizan la apnea. Aunque sólo un 36% conozca cuanto tiempo debe durar esta apnea.
- o Un 25% no limpian el dispositivo y un 73% se enjuaga siempre después de su uso.
- o En cuanto a posibles infecciones después del uso de inhaladores, un 5,06% ha tenido úlceras bucales y un 15% candidiasis bucales.
- o Por último, el 100% realiza la técnica en la posición correcta.

Después de la consulta de educación para la salud, el porcentaje de pacientes que conoce el nombre de los inhaladores es de un 88%, en cuanto a la técnica de inhalación aumenta hasta un 78%, un 57% conoce el tiempo de apnea y un 90% sabe cada cuanto debe limpiar su dispositivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

- o Se ha realizado una espirometría en los últimos 2 años al 76,92% de los pacientes EPOC y a un 91,45% del total si se tienen en cuenta aquellos pacientes que presentan una contraindicación absoluta o relativa para su realización.
- o Se ha alcanzado una prevalencia EPOC del 6,31%, aumentando en un 63,54% nuestra prevalencia en 2 años.
- o Se ha realizado un screening al 72,34% de la población fumadora (40-80 años), ofertándose a un 82,95% del total de la población.
- o Se ha alcanzado un registro de "limpieza ineficaz de las vías aéreas" de un 86,46%, lo que supone un 39,47% y 75,83% más de registro que en el sector Calatayud y Aragón, respectivamente, donde solamente se alcanza un registro del 20,90%.
- o Tras la consulta de EPS un 88% de los pacientes conocía el nombre de los inhaladores, un 78% realizaba una técnica inhalatoria correcta, un 57% conocía el tiempo de apnea y un 90% sabía cada cuanto tenía que limpiar el dispositivo.

RECOMENDACIONES:

Trabajar en una ZBS con mucha dispersión ha dificultado la realización de este proyecto, ya que un número considerable de pacientes no dispone de medio de transporte para acceder a estos servicios, además muchos de ellos no estaban dispuestos a desplazarse para la realización de una prueba. Al contar sólo con un espirómetro, este se debe compartir por quincenas entre la zona de Alhama de Aragón y Nuévalos, lo que reduce la posibilidad de trabajar a la mitad. Como hemos dicho en otras ocasiones, nuestra ZBS es tan dispersa que funcionamos como 2 centros de salud y aunque la implicación de los profesionales es importante, sería necesario dotar del material suficiente a ambos centros, por lo que seguimos solicitando a dirección la adquisición de un segundo espirómetro

7. OBSERVACIONES.

Desde el mes de noviembre de 2019 cada enfermero cuenta con un COPD-6 en su consulta, lo que ha facilitado la posibilidad de trabajar con él, aumentando de forma considerable el screening en la población fumadora durante el último trimestre.

Las charlas grupales no se han podido realizar ya que ha resultado tremendamente difícil reunir a los pacientes en pequeños grupos, dada la gran dispersión geográfica de la ZBS, optando por una educación para la salud individualizada en la consulta de enfermería, más eficaz, fácil y cercana para los pacientes.

En cuanto a la consulta de educación para la salud, consideramos que el hecho de que un porcentaje tan alto de pacientes desconozcan el nombre de los inhaladores se debe a la edad de la población, ya que está muy envejecida, y les resulta difícil memorizar los nombres.

Algunos pacientes, por sus condiciones físicas, les resulta más sencillo y cómodo usar la cámara inhalatoria, por lo que ciertas preguntas del cuestionario fueron omitidas.

También creemos que al pasar el cuestionario inmediatamente después de realizar la consulta de EPS, el porcentaje de pacientes que corrigen errores y realizan correctamente la técnica aumenta considerablemente, por lo que consideramos oportuno realizar revisiones periódicas en consulta para asegurarnos y reforzar conceptos.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/572 ===== ***

Nº de registro: 0572

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0572

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. ALHAMA DE ARAGÓN

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE EPOC DEL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

Autores:
PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA, PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR, FUNES NAVARRO EMMANUEL, JUDEZ JOVEN ROSA, TABUENCA FERRER LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prevalencia de EPOC registrada en OMI en nuestra ZBS en dicha población a fecha 31/12/2.017 es del 4,01%, por debajo de los objetivos establecidos por el Servicio Aragonés de Salud, según indica el estudio EPISCAN, el cual marca una prevalencia del 10,2% en personas entre 40-80 años. Es necesario aumentar la realización de espirometrías por parte del personal de enfermería. Además el registro de limpieza ineficaz de las vías aéreas alcanza el 46,30%. Nos planteamos aumentar este registro hasta un 60%. Existe una falta de destreza en el uso de los inhaladores por parte de los pacientes EPOC. Sería conveniente acciones al respecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Resultados:

1. Conseguir que todos los pacientes >40 años diagnosticados de EPOC tengan realizada, al menos, una espirometría.
 2. Contribuir a aumentar el registro de paciente con EPOC, actualmente en el 4.01%, mediante la realización de espirometrías a pacientes fumadores.
 3. Alcanzar una cobertura, de al menos, el 60% (estándar: 50-70%) en el registro de limpieza ineficaz de vías aéreas en 2.018.
 4. Mejorar el conocimiento y uso de los distintos tipos de inhaladores en los pacientes EPOC.
- Población diana: pacientes EPOC >40 años y <80 años de la ZBS de Alhama de Aragón.
Intervenciones: realización de espirometrías, revisión y cumplimentación del registro de limpieza ineficaz de vías aéreas y realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores en los pacientes EPOC, previo y posterior, a la comprobación del uso de los distintos dispositivos en la consulta de enfermería.

MÉTODO

1. Sesión formativa a cargo de la responsable del proyecto de calidad, dirigida al personal de enfermería de nuestro EAP. Dicha sesión formativa consistirá en un taller práctico para la realización de espirometrías.
2. Rotatorio de las enfermeras del EAP con la enfermera de consultas externas de neumología del Hospital Ernest Lluch para mejorar la técnica de realización de espirometrías.
3. Creación de una agenda para la realización de espirometrías, con un máximo de 2 espirometrías al día, 15 días en el C.S de Alhama de Aragón y 15 días en el PAC de Nuevalos. En caso de que el paciente acuda al hospital para la realización de una espirometría, se solicitará una copia de la misma.
4. Identificación durante todo el año 2018, fuera de consulta, utilizando el Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión, de los pacientes que no tengan un registro de limpieza ineficaz de las vías aéreas. Se registrará este hecho con un FLASH en OMI. Se aprovechará la consulta para rellenar dicho registro. Si no se pudiera realizar durante la consulta a demanda, por presión asistencial o cualquier otro motivo, se podría realizar una consulta programada.
5. Entrega y realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores a los pacientes diagnosticados de EPOC, previo y posterior a la comprobación del correcto uso de los dispositivos, para valorar la mejora en el uso de los mismos tras la actividad de educación para la salud.
6. Reuniones cuatrimestrales y puesta en común de los resultados obtenidos hasta la fecha.

INDICADORES

- 1: % de pacientes con EPOC a los que se les ha realizado una espirometría y tienen un FEV1<70. Objetivo: 100%. Periodo de evaluación: al finalizar el año.
- 2: % de prevalencia de EPOC. Objetivo: superar el 4,01% de 2.017. Fuente de información: Cuadro de Mandos de Acuerdo de Gestión del EAP. Periodo de evaluación: al finalizar el año 2.018
- 3: % de pacientes con diagnóstico de EPOC y con registro de limpieza ineficaz de vías aéreas en el último año. Fuente de información: Cuadro de Mandos de Acuerdo de Gestión del EAP. Valor a alcanzar: 60%. Valor inferior: 50%. Valor superior: 70%. Periodo de evaluación: al finalizar el año.
- 4: % de pacientes que utilizan correctamente los dispositivos de inhalación antes y después de la consulta de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0572

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. ALHAMA DE ARAGÓN

educación para la salud. Fuente de información: cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores en los pacientes EPOC. Período de evaluación al finalizar el año.

DURACIÓN
Abril 2018 a 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 - 2018/0573

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ALBERTO ROYO VILLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JUSTE SERAL MAR
ABAD TUDELA CORO
SORIANO BANZO FERNANDO
TABUENCA FERRER LUIS
RODRIGUEZ MUELA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

OBJETIVOS DEL PROYECTO:

Los objetivos del proyecto fueron:

1. Alcanzar una razón entre la prevalencia de EPOC registrada y la prevalencia estimada en función del estudio EPISCAN de al menos un 0,6% (estándar: 0,6-1%). Para ello deberíamos pasar de una prevalencia EPOC de 4,01% a un 5,83%.
2. Conseguir que todos los pacientes con EPOC tengan realizada al menos una espirometría en los últimos 2 años que confirme una FEV1/FVC<70%, tras identificar y descartar aquellos pacientes con contraindicaciones absolutas o relativas para su realización.
3. Lograr que todos los CIAS de nuestro EAP alcancen en pacientes con diagnóstico EPOC un porcentaje de registro de síntomas respiratorios en el último año, de al menos un 60% (estándar: 50-70%).
4. Registrar correctamente el resto de ítems que OMI ofrece en los Planes Personales-EPOC-PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN, lo que implica la determinación del fenotipo, escala GOLD, índice BODEx, test COPD (CAT), saturación de oxígeno y otros síntomas.
5. Adecuar el tratamiento de cada caso de EPOC a las guías actuales (GOLD 2018/GesEPOC 2017)
6. Alcanzar al menos un 60% de pacientes con EPOC y fumadores a los que se les ha realizado una intervención breve de tabaquismo (estándar: 50-70%).

GRUPOS DESTINATARIOS:

Personas fumadoras y pacientes EPOC >40 y <80 años de la ZBS de Alhama de Aragón.

INTERVENCIONES:

1. Creación en OMI de las agendas de espirometrías.
2. Revisión sistemática en OMI, a través del listado de cartera del servicio 307 y del cuadro de mandos de acuerdos de gestión, de todos los pacientes con registro de EPOC (R95), para detectar:
La existencia de una espirometría en los últimos 2 años con FEV1/FVC<70%, y si no existe, indicar su realización. El seguimiento semestral del protocolo de Planes Personales-307-EPOC-PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN y su registro completo, citando al paciente en consulta si es preciso.
El tratamiento indicado en cada caso, y si no se corresponde con las guías terapéuticas, citar al paciente en consulta para su valoración y eventual cambio de tratamiento.
3. Detección médica en consulta médica y de enfermería de la población fumadora entre 40-80 años mediante el registro del protocolo Planes Personales-304-PREVENCIÓN ENF. CARDIOVASC.-HÁBITOS TÓXICOS. Posteriormente, mediante el medidor portátil COPD6, en consulta a demanda o programada, se realizará una detección de posibles casos EPOC no diagnosticados, que posteriormente se confirmarán por medio de una espirometría.
4. En caso de no existir el episodio TABACO, creación del episodio P17-TABACO y cumplimentación completa del protocolo Planes Personales-319-TABACO, incluyendo la intervención sobre tabaquismo adecuada.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL AÑO:

La organización del proyecto comenzó en el mes de enero, cuando se puso en marcha la idea de participar en un proyecto sobre la mejora en el diagnóstico y seguimiento del paciente EPOC.
Se realizó una primera sesión formativa para todos los miembros del EAP, el día 5 de febrero de 2018, a cargo del coordinador del centro, repasando los conceptos básicos para la interpretación de una espirometría. Así como una revisión de la cartera de servicios del paciente EPOC. Por otro lado, la coordinadora de enfermería dio una segunda charla a cerca del uso y manejo de inhaladores.
El día 12 de noviembre de 2018 se realizó una segunda sesión, a cargo del responsable del proyecto, sobre los criterios diagnósticos, clasificación y tratamiento en el paciente EPOC. También se repasó prevalencia EPOC y estándares de calidad, tanto en el registro de síntomas respiratorios, como en intervención sobre tabaquismo.
En dicha reunión se recomendó que cada médico realizara una identificación, fuera de consulta, a través del Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión, de los pacientes EPOC que no tuvieran un registro de síntomas respiratorios y/o intervención de tabaco. Registrándose con un flash en OMI. Se aprovechó la consulta para rellenar dicho registro. Se realizó una identificación de nuevos pacientes EPOC, utilizando los datos extraídos de OMI-AP, para ello se estudiaron las personas fumadores con una edad comprendida entre 40-80 años, independientemente de su índice tabáquico. Los pacientes fueron citados en la consulta de enfermería, realizándose una espirometría en aquellos pacientes que tuvieran un FEV1/FEV6< 80%. También se aconsejó una revisión del tratamiento de los pacientes EPOC, para una optimización del mismo de acuerdo a las guías actuales (GOLD 2018/GesEPOC 2017), así como derivación a la consulta de enfermería para comprobar el uso de los mismos.
El día 10 de diciembre de 2018 se realizó una tercera sesión, a cargo de la coordinadora de enfermería, para explicar el grado de mejora en el uso de inhaladores, tras evaluar su manejo en consulta, y corregir posibles

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0573

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

errores. El responsable del proyecto repasó también el resultado en los indicadores obtenidos hasta la fecha. El día 18 de febrero de 2019 se realizó una última sesión en la que se presentaron los resultados finales de diciembre 2018.

Los medidores portátiles COPD-6 no estuvieron disponibles hasta el mes de septiembre. Tampoco se pudo utilizar el espirómetro del centro durante varias semanas, desde el mes de septiembre hasta finales de noviembre, debido a problemas de tipo técnico. Ambos aspectos, dificultaron parcialmente la realización de este proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados en diciembre de 2018, según el cuadro de mandos, son los siguientes:

1. En cuanto a la razón prevalencia de EPOC registrada/ EPOC estimada, hemos aumentado la detección de pacientes EPOC en nuestra población, pasando de un 4,01% a un 5,44%, aunque no se ha alcanzado el objetivo propuesto para este año (5,83%-9,72%). Se objetivaron diferencias entre los diferentes CIAS, alcanzando 2 de ellos el estándar establecido, con un 6,50% y un 7,34%, respectivamente. A pesar de ello, todos los profesionales del equipo aumentaron sus prevalencias con respecto a 2017. El resultado global se encuentra muy por encima de la prevalencia registrada en el sector Calatayud y en Aragón, con un 4% y 3%, lo que supone una diferencia en la detección de la prevalencia EPOC de un 27% y un 45%, respectivamente.
2. El 78,43% de los pacientes EPOC tienen una espirometría realizada en los últimos 2 años. El 21,56% de los sujetos que no disponen de una espirometría se debe a uno de los siguientes motivos: causa desconocida 27,27%, edad 18,18%, procesos neurodegenerativos 4,54%, patología cardiovascular 4,54%, patología cerebrovascular 4,54%, falta de colaboración 22,72%, incomparecencia 13,63%. Descartando su realización al valorar el riesgo-beneficio de la prueba.
3. Con respecto al indicador EPOC-síntomas hemos pasado de un 69,35% a un 91,76%. Todos los miembros del EAP han aumentado su registro, alcanzado el objetivo marcado >60%. Estos datos suponen un 43% más que el sector Calatayud, y un 71% más que Aragón en su conjunto. Indicador en el que tan solo se han registrado un 21% de los pacientes en nuestra Comunidad Autónoma. En el indicador EPOC-vías aéreas se ha pasado de un 62,90% a un 95,29%, superando en todos los casos el 70% (estándar: 50-70%).
4. En el indicador EPOC-PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN se han alcanzado los siguientes resultados en el registro de los distintos parámetros: fenotipo 64,70%, escala GOLD 59,80%, índice BODEX 45,09%, test CAT 44,11%, disnea Mmrc 76,47%, tos 17,64% y expectoración 9,80%. Objetivándose una gran variabilidad entre los diferentes CIAS.
5. Se ha realizado una revisión de los tratamientos en pacientes EPOC, objetivándose una aceptable adecuación a las guías GOLD 2018/GesEPOC 2017. Un 80,59% siguen un tratamiento correcto, y un 2,40% se podrían considerar infratratados. El 57,84% de los pacientes realiza un seguimiento en el especialista (neumología, alergología). Se observa un 19,60% de pacientes no tratados, el 65% de reciente diagnóstico. En este tipo de pacientes se ha objetivado una falta de tiempo para poder instaurar tratamiento, así como una falta de interés por parte de algunos pacientes, ya que en su mayoría se tratan de pacientes EPOC leves, con escasos síntomas respiratorios. Un 20% no siguen tratamiento pese a realizar un seguimiento por el neumólogo, el 75% de ellos por causa no conocida, el resto porque no quieren tomar el inhalador. El 15% restante, en seguimiento por AP, no sigue el tratamiento por causa desconocida en un 66%, y el 33% restante por rechazo del paciente. También se objetivo a un paciente diagnosticado erróneamente como EPOC.
6. Por último, con respecto al registro en el indicador detección-TABACO, hemos pasado de un 68,70% a un 78,37%. Todos los miembros del equipo, a excepción de uno de los CIAS, han superado el 70%, aunque se ha aumentado su registro hasta un 68,55%. En el indicador intervención-TABACO se ha aumentado de un 84,14% a un 91,10%, muy por encima del límite marcado (estándar: 50-70%), objetivándose un 19% más de intervenciones breves que en sector Calatayud, y un 28% más que en Aragón.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La detección de pacientes EPOC para mejorar el infradiagnóstico de la enfermedad precisa de una búsqueda activa en consulta. El uso de dispositivos portátiles tipo COPD-6 facilita esta tarea, aunque sería muy útil disponer de un segundo espirómetro en el centro. Los pacientes diagnosticados en 2018 son en su mayoría EPOC leves o leve-moderados, siendo bastante reticentes al tratamiento, dada la escasez de síntomas. Se debería mejorar el registro del indicador EPOC-PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN, evitando la variabilidad entre los diferentes CIAS, y también sería recomendable la optimización en el tratamiento de algunos pacientes. La presencia de dificultades técnicas, así como el retraso en la disponibilidad de los medidores portátiles, han supuesto un problema a la hora de alcanzar el objetivo marcado, por lo que nos gustaría continuar con este proyecto en 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/573 ===== ***

Nº de registro: 0573

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0573

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

ARAGON

Autores:
ROYO VILLA ALBERTO, JUSTE SERAL MARIA MAR, ABAD TUDELA CORO, SORIANO BANZO FERNANDO, RODRIGUEZ MUELA TERESA, TABUENCA FERRER LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prevalencia de EPOC en nuestra ZBS es 4,01%. Consideramos que existe infradiagnóstico y este proyecto pretende mejorarlo. El proyecto original tenía 10.7032 caracteres y ha sido necesario acortarlo

RESULTADOS ESPERADOS

Resultados:
1Aumentar el registro de prevalencia de EPOC
2Espirometría bianual en pacientes EPOC
3Aumentar el registro OMI de síntomas respiratorios
4Registrar en OMI el seguimiento de EPOC: fenotipo, escala GOLD, índice BODEx, test COPD (CAT) y otros
5Adecuar el tratamiento de cada caso de EPOC a las guías actuales
6Aumentar el registro de fumadores a los que se les ha realizado una espirometría COPD6 y una intervención en tabaquismo
Población diana: personas fumadoras y pacientes EPOC>40 y <80 años.
Intervenciones:
1Creación en OMI de agendas de espirometrías
2Detección en pacientes EPOC de espirometría en los 2 últimos años.Si no existe,realizar.
3Seguimiento semestral del paciente EPOC y su registro
4Comprobación de tratamiento farmacológico adecuado
5Detección en consulta médica y de enfermería de la población fumadora entre 40-80 años, registrar y mediante el espirómetro portátil COPD6 detectar posibles casos EPOC no diagnosticados a confirmar con espirometría

MÉTODO

1Sesión informativa a cargo del responsable del proyecto, en el momento de implantación del proyecto, dirigida a los MAP y MAC de nuestro EAP, para repasar prevalencia de EPOC y estándares de calidad, tanto en el registro de síntomas respiratorios, como en intervención sobre tabaquismo, según el propio AG2018
2Al menos 2 sesiones formativas a cargo del responsable del proyecto/colaborador, dirigida a los MAP y MAC de nuestro EAP. La primera para realizar una revisión de la cartera de servicios del paciente EPOC, y la segunda para repasar los criterios diagnósticos de EPOC, clasificación y tratamiento
3Identificación durante todo el año 2018, fuera de consulta, utilizando el Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión, de los pacientes EPOC que no tengan un registro de síntomas respiratorios y/o intervención de tabaco. Se registrará este hecho con un FLASH en OMI. Se aprovechará la consulta para rellenar dicho registro. Si no se pudiera realizar durante la consulta a demanda, por presión asistencial o cualquier otro motivo, se podría realizar una consulta programada
4Identificación durante todo el año 2018 de nuevos pacientes EPOC, fuera de consulta, utilizando los datos extraídos de OMI-AP, para ello se estudiarán las personas fumadoras que tengan una edad comprendida entre 40-80 años, cualquiera que sea su índice tabáquico. El registro será similar al punto 3
5Utilización del medidor portátil COPD6 para descartar EPOC en pacientes fumadores
6Citación en consulta de enfermería de los pacientes fumadores, potencialmente EPOC, con una FEV1<80 según el medidor portátil COPD6, para la realización de una espirometría que nos permita confirmar el diagnóstico
7Optimización del tratamiento. Se adecuará el tratamiento de cada caso EPOC a las guías actuales (GOLD 2018/GesEPOC 2017). Los pacientes EPOC se remitirán a la consulta de enfermería para la realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores y una comprobación del uso de los distintos dispositivos, como actividad de educación para la salud
8Reuniones cuatrimestrales de los MAP del EAP, para seguimiento y evaluación de los resultados obtenidos en los distintos indicadores hasta la fecha

INDICADORES

Fuente de datos
1Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión del EAP
2Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión de cada uno de los CIAS.
3Listados del Servicio 307-EPOC

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0573

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

4Registros individuales de OMI

5Extracciones de datos de OMI

Indicadores y estándar:

1:Razón entre la prevalencia de EPOC registrada y la prevalencia estimada en función del estudio EPISCAN.

Objetivo: >0,6, límite superior: 1, límite inferior: 0,6

2:Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC que tienen registrada al menos una espirometría en los últimos 2 años que confirme un FEV1/FVC<70%, tras descontar aquellos pacientes con contraindicaciones absolutas o relativas para su realización. Objetivo: >80 %, límite superior: 100%, límite inferior: 80%

3:Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año. Objetivo: >60%, límite superior: 70%, límite inferior: 50%

4:Porcentaje de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a los que se les ha realizado una medición COPD6. Al ser una nueva técnica y carecer por el momento de los medidores, no nos proponemos objetivos específicos a cumplir, solamente registrar el porcentaje de mediciones realizadas

5:Porcentaje de pacientes con EPOC y fumadores a los que se ha realizado una intervención en tabaquismo. Objetivo: >60%, límite superior: 70%, límite inferior: 50%

DURACIÓN

Abril 2018 a 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 - 2018/0573

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGÓN

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ALBERTO ROYO VILLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALHAMA DE ARAGON
· Localidad ALHAMA DE ARAGON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JUSTE SERAL MAR
MOROS MELUS MARIA JESUS
JUNCOSA FANTOVA FERNANDO
TABUENCA FERRER LUIS
YUSTE PINEDA JAVIER MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

INTERVENCIONES:

1. Creación en OMI de agendas para citar espirometrías.
2. Revisión sistemática en OMI, a través del listado de cartera del servicio 307 y del cuadro de mandos de acuerdos de gestión, de los pacientes con registro EPOC (R95), para detectar:
 - La existencia de una espirometría en los últimos 2 años, y si no existe, indicar su realización.
 - El seguimiento semestral del protocolo de Planes Personales-307-EPOC-PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN y su registro completo, citando al paciente en consulta si es preciso.
 - El tratamiento indicado en cada caso, y si no se corresponde con las indicaciones de las últimas guías terapéuticas, citar al paciente en consulta para su valoración y eventual cambio de tratamiento.
3. Detección en consulta de medicina y/o enfermería de la población fumadora entre 40-80 años mediante el registro del protocolo de Planes Personales-304-PREVENCIÓN ENF. CARDIOVASC.-HÁBITOS TÓXICOS.
4. Screening mediante el medidor portátil COPD-6 de posibles casos EPOC no diagnosticados en la población fumadora, que posteriormente se confirmaran por medio de una espirometría. Utilizando para ello la consulta a demanda y/o programada.
5. En caso de no existir el episodio TABACO, creación del episodio P17-TABACO y cumplimentación del protocolo de Planes Personales-319-TABACO, incluyendo la intervención sobre tabaquismo más adecuada en cada caso.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE 2018:

La organización del proyecto comenzó en el mes de enero, cuando se propuso la idea de realizar un proyecto sobre la mejora en el diagnóstico y seguimiento del paciente EPOC. Se realizó una primera sesión formativa para todos los miembros del EAP el día 5 de febrero de 2018, a cargo del coordinador del centro, repasando los conceptos básicos para la interpretación de una espirometría. Así como una revisión de la cartera de servicios del paciente EPOC. Por otro lado, la coordinadora de enfermería dio una segunda charla a cerca del uso y manejo de inhaladores. El día 12 de noviembre de 2018 se realizó una segunda sesión, a cargo del responsable del proyecto de calidad, sobre los criterios diagnósticos, clasificación y tratamiento en el paciente EPOC. También se repasó prevalencia EPOC y estándares de calidad, tanto en el registro de síntomas respiratorios, como en intervención sobre tabaquismo. En dicha reunión se recomendó que cada médico realizara una identificación, fuera de consulta, a través del Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión, de los pacientes EPOC que no tuvieran un registro de síntomas respiratorios y/o intervención de tabaco, registrándose con un flash en OMI, aprovechando la consulta a demanda para rellenar dicho registro. Utilizando los datos facilitados por dirección médica de Atención Primaria del sector Calatayud se realizó una identificación de los nuevos pacientes EPOC, para ello se estudiaron las personas fumadoras con una edad comprendida entre 40-80 años, independientemente de su índice tabáquico. Los pacientes fueron citados en consulta de enfermería, realizando una espirometría a aquellos pacientes que tuvieran un COPD-6 con un FEV1/FEV6 < 80%. También se aconsejó una revisión del tratamiento de los pacientes EPOC, para una mayor optimización del mismo, de acuerdo a las guías GOLD 2018/GesEPOC 2017, así como una derivación a la consulta de enfermería para comprobar la correcta utilización de los mismos. El día 10 de diciembre de 2018 se realizó una tercera sesión, a cargo de la coordinadora de enfermería, para explicar el grado de mejora en el uso de inhaladores, tras evaluar su manejo en consulta y corregir posibles errores. Por otro lado, el responsable del proyecto repasó los resultados provisionales de los diferentes indicadores obtenidos hasta la fecha. El día 18 de febrero de 2019 se realizó una última sesión en la que se presentaron los resultados finales a fecha 31/12/2018.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE 2019:

Se realizó una primera sesión el día 23 de septiembre de 2019 con el título "Educación para la salud sobre inhaladores en la consulta de enfermería" como recordatorio para todos los miembros del EAP, a cargo de la coordinadora de enfermería. Así como una revisión de los objetivos, indicadores y cartera de servicios del paciente EPOC por parte del responsable del proyecto. Por otro lado, el día 3 de octubre de 2019 se realizó una segunda sesión formativa para repasar conceptos básicos en la interpretación de espirometrías, a cargo del responsable del proyecto. Finalmente, el día 3 de febrero de 2020 se realizó una última sesión en la que se presentaron los resultados finales del proyecto a fecha 31/12/19.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0573

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGÓN

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados a fecha 31 de diciembre de 2019, según el cuadro de mandos, son los siguientes: La prevalencia EPOC ha pasado de un 4,01% a un 5,44% en 2018 y 6,31% en 2019, respectivamente. Alcanzado el objetivo marcado para este proyecto, con una prevalencia del 5,83%-9,72%. Se han objetivado diferencias entre los diferentes CIAS, alcanzando 4 de ellos el estándar establecido, con un rango entre el 6,10%-9,14%, aunque cabe destacar que todos los profesionales del equipo aumentaron sus prevalencias con respecto a 2017. El resultado global se encuentra muy por encima de la prevalencia registrada en el sector Calatayud y en Aragón, con un 3,99% y 2,66% respectivamente, lo que supone una diferencia en la detección de la prevalencia EPOC de un 36,77% y 57,85%, con respecto al sector y nuestra CCAA.

Se han realizado 90 espirometrías a un total de 117 pacientes EPOC, lo que supone un 76,92% de los pacientes EPOC con una espirometría realizada en los últimos 2 años. Resultado similar al obtenido en 2018 (78,43%), no pudiendo alcanzar el objetivo marcado inicialmente para este proyecto (>80%). El 23,07% de los sujetos no dispusieron de una espirometría. Los motivos para su no realización se detallan a continuación: causa desconocida/no realizados 37,03%, edad 14,81%, procesos neurodegenerativos 11,11%, patología cardiovascular 3,70%, falta de colaboración 7,40%, incomparencia 14,81%, error en el diagnóstico (pacientes no EPOC) 7,40%, otras patologías 3,70%.

Con respecto al indicador EPOC-síntomas hemos pasado de un 69,35% a un 91,76% en 2018 y 88,54% en 2019, respectivamente. Todos los miembros del EAP han aumentado su registro, aunque 2 CIAS no alcanzaron el objetivo marcado (>60%). Estos datos suponen un 49,64% más de registro que el sector Calatayud, y un 75,08% más que Aragón en su conjunto. Indicador en el que tan solo se han registrado un 22,07% de los pacientes en nuestra CCAA.

En el indicador EPOC-PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN se han alcanzado los siguientes resultados: fenotipo 66,66%, escala GOLD 61,53%, índice BODEx 44,44%, test CAT 44,44%, disnea Mmrc 77,77%, tos 88,17% y expectoración 88,17%. Objetivándose una gran variabilidad en el registro entre los diferentes CIAS.

Con respecto al fenotipo EPOC un 64,10% de los pacientes eran fenotipo A, un 21,79% fenotipo B, un 2,56% fenotipo C y el 11,53% fenotipo D. En la escala GOLD un 23,61% de los pacientes presentan un grado I de obstrucción al flujo aéreo, un 58,33% un grado II, un 13,88% un grado III y el 4,16% un grado IV. Al describir el índice BODEx nos encontramos con un 80,70% de casos leves (0-2), un 11,53% de casos moderados (3-4), un 1,92% de casos graves (5-6) y un 1,92% de casos muy graves (7-9). El 12,09% de nuestros pacientes no presentaba disnea. El 87,91% restante presentaba algún grado de disnea según la escala Mmrc, un 48,86% un grado I, un 31,81% un grado II, un 5,68% un grado III y el 1,13% un grado IV. Por último, con respecto a los síntomas tos y expectoración se objetivó que un 71,56% de los pacientes presentaban tos y un 57,84% expectoración crónica.

Se ha realizado una revisión del tratamiento en los pacientes EPOC, objetivándose una aceptable adecuación de los mismos a las guías GOLD 2018/GesEPOC 2017. Así, un 76,92% de los pacientes siguen un tratamiento correcto, mientras que el 23,07% se podrían considerar infratratados. El 54,68% de los pacientes realizaba algún tipo de seguimiento por el especialista (neumología, alergología), de los cuales un 4,68% no tomaba ningún tipo de tratamiento, el 33,33% de ellos por causa no conocida, el resto, un 66,66% porque el paciente lo rechazaba o se había retirado. El 45,28% de los pacientes en seguimiento por AP no tomaba ningún tipo de tratamiento, por causa desconocida en un 79,16% de los casos, mientras que en el 12,50% restante el paciente no los tomaba de forma voluntaria o evitaba acudir a la consulta para iniciar tratamiento. En 2 casos, un 8,33% de los pacientes, no recibieron tratamiento por error diagnóstico, al no tratarse de pacientes EPOC.

Se han realizado 191 COPD-6 a un total de 264 pacientes fumadores (40-80 años), lo que supone un screening del 72,34% de la población fumadora, con un rango entre los diferentes CIAS muy variable (31,57%-87,17%). Por tanto, no se realizó un COPD-6 a 73 pacientes (27,65%), dentro de las posibles causas para su no realización nos encontramos: incomparencia 16,43%, negativa del paciente 20,54%, falta de colaboración 1,36%, no localizables 6,84%, no realizados 2,73% y causa desconocida 52,05%. Al tratarse de una nueva técnica y carecer por el momento de medidores, no nos propusimos objetivos específicos, solamente registrar el % de mediciones realizadas.

Por último, con respecto al registro del indicador detección-TABACO, hemos pasado de un 68,70% a un 78,37% en 2018 y 79,11% en 2019. Todos los miembros del equipo, a excepción de uno de los CIAS, han superado el 70%, aunque se ha aumentado su registro hasta un 63,67%. Estos resultados suponen una diferencia en la detección-TABACO de un 28,43% y 47,98%, con respecto al sector y nuestra CCAA. En el indicador intervención-TABACO se ha aumentado de un 84,14% a un 91,10% en 2018 y un 92,84% en 2019, respectivamente, muy por encima del límite marcado (estándar: 50-70%), objetivándose un 20,34% más de intervenciones breves que en el sector Calatayud, y un 30,95% más que en Aragón.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

- Se ha alcanzado una prevalencia EPOC del 6,31%, aumentando en un 63,54% nuestra prevalencia en 2 años.
- Se ha realizado una espirometría en los últimos 2 años al 76,92% de los pacientes EPOC y a un 91,45% del total si se tienen en cuenta aquellos pacientes que presentan una contraindicación absoluta o relativa para su realización.
- Se ha registrado un 91,76% y 88,54% de síntomas respiratorios en 2018 y 2019, respectivamente.
- Se ha realizado un screening al 72,34% de la población fumadora (40-80 años), ofertándose a un 82,95% del total de la población.
- Se ha registrado un 91,10% y 92,84% de intervenciones sobre tabaquismo en 2018 y 2019, respectivamente.

RECOMENDACIONES:

La detección de pacientes EPOC precisa de una búsqueda activa en consulta, ya que existe un gran

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0573

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGÓN

infradiagnóstico de la enfermedad. El uso de dispositivos portátiles tipo COPD-6 facilita esta tarea, siendo muy útiles en el screening de la población fumadora. Por otro lado, sería muy importante disponer de un segundo espirómetro en la zona de Nuévalos para poder confirmar estos diagnósticos, dada la gran dispersión demográfica en nuestra ZBS.

7. OBSERVACIONES.

Cabe destacar que los medidores portátiles COPD-6 no estuvieron disponibles hasta el mes de septiembre de 2018. Tampoco se pudo utilizar el espirómetro desde el mes de septiembre hasta finales de noviembre de ese mismo año, debido a problemas técnicos. Dificultando temporalmente la realización de este proyecto en 2018. En la actualidad se dispone de 4 dispositivos COPD-6, de los 2 dispositivos con los que se inicio el proyecto en 2018, lo cual ha facilitado el screening de la población fumadora en 2019. Por último, La incorporación de 3 médicos nuevos a la plantilla en el mes de octubre de 2019, como consecuencia del concurso-oposición, ha podido influir en el resultado final de algunos de los indicadores.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/573 ===== ***

Nº de registro: 0573

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

Autores:
ROYO VILLA ALBERTO, JUSTE SERAL MARIA MAR, ABAD TUDELA CORO, SORIANO BANZO FERNANDO, RODRIGUEZ MUELA TERESA, TABUENCA FERRER LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prevalencia de EPOC en nuestra ZBS es 4,01%. Consideramos que existe infradiagnóstico y este proyecto pretende mejorarlo. El proyecto original tenía 10.7032 caracteres y ha sido necesario acortarlo

RESULTADOS ESPERADOS

Resultados:
1Aumentar el registro de prevalencia de EPOC
2Espirometría bianual en pacientes EPOC
3Aumentar el registro OMI de síntomas respiratorios
4Registrar en OMI el seguimiento de EPOC: fenotipo, escala GOLD, índice BODEx, test COPD (CAT) y otros
5Adecuar el tratamiento de cada caso de EPOC a las guías actuales
6Aumentar el registro de fumadores a los que se les ha realizado una espirometría COPD6 y una intervención en tabaquismo

Población diana: personas fumadoras y pacientes EPOC>40 y <80 años.

Intervenciones:

1Creación en OMI de agendas de espirometrías
2Detección en pacientes EPOC de espirometría en los 2 últimos años.Si no existe,realizar.
3Seguimiento semestral del paciente EPOC y su registro
4Comprobación de tratamiento farmacológico adecuado
5Detección en consulta médica y de enfermería de la población fumadora entre 40-80 años, registrar y mediante el espirómetro portátil COPD6 detectar posibles casos EPOC no diagnosticados a confirmar con espirometría

MÉTODO

1Sesión informativa a cargo del responsable del proyecto, en el momento de implantación del proyecto, dirigida a los MAP y MAC de nuestro EAP, para repasar prevalencia de EPOC y estándares de calidad, tanto en el registro de síntomas respiratorios, como en intervención sobre tabaquismo, según el propio AG2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0573

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGÓN

2Al menos 2 sesiones formativas a cargo del responsable del proyecto/colaborador, dirigida a los MAP y MAC de nuestro EAP. La primera para realizar una revisión de la cartera de servicios del paciente EPOC, y la segunda para repasar los criterios diagnósticos de EPOC, clasificación y tratamiento

3Identificación durante todo el año 2018, fuera de consulta, utilizando el Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión, de los pacientes EPOC que no tengan un registro de síntomas respiratorios y/o intervención de tabaco. Se registrará este hecho con un FLASH en OMI. Se aprovechará la consulta para rellenar dicho registro. Si no se pudiera realizar durante la consulta a demanda, por presión asistencial o cualquier otro motivo, se podría realizar una consulta programada

4Identificación durante todo el año 2018 de nuevos pacientes EPOC, fuera de consulta, utilizando los datos extraídos de OMI-AP, para ello se estudiarán las personas fumadoras que tengan una edad comprendida entre 40-80 años, cualquiera que sea su índice tabáquico. El registro será similar al punto 3

5Utilización del medidor portátil COPD6 para descartar EPOC en pacientes fumadores

6Citación en consulta de enfermería de los pacientes fumadores, potencialmente EPOC, con una FEV1<80 según el medidor portátil COPD6, para la realización de una espirometría que nos permita confirmar el diagnóstico

7Optimización del tratamiento. Se adecuará el tratamiento de cada caso EPOC a las guías actuales (GOLD 2018/GesEPOC 2017). Los pacientes EPOC se remitirán a la consulta de enfermería para la realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores y una comprobación del uso de los distintos dispositivos, como actividad de educación para la salud

8Reuniones cuatrimestrales de los MAP del EAP, para seguimiento y evaluación de los resultados obtenidos en los distintos indicadores hasta la fecha

INDICADORES

Fuente de datos

- 1Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión del EAP
- 2Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión de cada uno de los CIAS.
- 3Listados del Servicio 307-EPOC
- 4Registros individuales de OMI
- 5Extracciones de datos de OMI

Indicadores y estándar:

- 1:Razón entre la prevalencia de EPOC registrada y la prevalencia estimada en función del estudio EPISCAN. Objetivo: >0,6, límite superior: 1, límite inferior: 0,6
- 2:Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC que tienen registrada al menos una espirometría en los últimos 2 años que confirme un FEV1/FVC<70%, tras descontar aquellos pacientes con contraindicaciones absolutas o relativas para su realización. Objetivo: >80 %, límite superior: 100%, límite inferior: 80%
- 3:Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año. Objetivo: >60%, límite superior: 70%, límite inferior: 50%
- 4:Porcentaje de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a los que se les ha realizado una medición COPD6. Al ser una nueva técnica y carecer por el momento de los medidores, no nos proponemos objetivos específicos a cumplir, solamente registrar el porcentaje de mediciones realizadas
- 5:Porcentaje de pacientes con EPOC y fumadores a los que se ha realizado una intervención en tabaquismo. Objetivo: >60%, límite superior: 70%, límite inferior: 50%

DURACIÓN

Abril 2018 a Diciembre 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 - 2018/0551

1. TÍTULO

MEDICION DEL INDICE TOBILLO-BRAZO EN PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ISRAEL ROIG BARTOLOME
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ARIZA
· Localidad ARIZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DIEZ GIMENO IRENE GLORIA
BENDICHO ROJO CESAR
PELEGRIN CANTARERO ANA ISABEL
NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA
HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sean realizado varias sesiones clinicas. Primera para explicar al equipo el desarrollo del proyecto; otras dos para evaluar el estado del proyecto y dificultades del mismo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el indicador 1- Pacientes diabéticos detectados por este EAP sin medición del ITB en el ultimo año
Valor a alcanzar: 35%
Limite superior: 35%
Limite inferior: 0%
El resultado obtenido tras la evaluación de registro en OMI fue de : 38%

En el indicador 2- No de pacientes diabéticos detectados sin medición del ITB en el ultimo año y a los que se les realiza esta medicion
Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%

El resultado obtenido tras la evaluación de registro en OMI fue de : 100%

En el indicador 3- No de pacientes sobre los que se hace una intervención relativa a la educación sobre su enfermedad y auto cuidado.
Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%

El resultado obtenido tras la evaluación de registro en OMI fue de : 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo esta satisfecho con el resultado obtenido en este proyecto de mejora pero somos conscientes de la necesidad de continuar el trabajo iniciado para captar mas pacientes a los que realizar esta fácil prueba diagnostica.
De este modo podrán detectarse precozmente la existencia de enfermedad arterial periférica (EAP) durante la fase asintomática y establecer medidas preventivas más contundentes
Las enfermedades arteriales periféricas ya establecidas que se detecten gracias a este medio diagnostico podrán ser tratadas en nuestro Equipo de Atención Primaria o derivada a las unidades especializadas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/551 ===== ***

Nº de registro: 0551

Título
MEDICION DEL INDICE TOBILLO- BRAZO EN PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Autores:
ROIG BARTOLOME ISRAEL, DIEZ GIMENO IRENE, BENDICHO ROJO CESAR, PELEGRIN CANTARERO ANA ISABEL, NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA, HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARIZA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0551

1. TÍTULO

MEDICION DEL INDICE TOBILLO-BRAZO EN PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prevalencia de EAP ha sido evaluada en múltiples estudios epidemiológicos y en la población general española varía entre el 4,5-8,5%. Siendo muy dependiente de la edad y poco del sexo.
En la población de pacientes diabéticos estas cifras se incrementan notablemente. La prevalencia de EAP en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 estimada por la medición de ITB se sitúa en un 8% en el momento del diagnóstico y alcanza un 45% tras 20 años de evolución
¿También es sabido que existe una elevada prevalencia de enfermedad arterial periférica no conocida entre los pacientes con diabetes.

El pronóstico de los pacientes con enfermedad arterial periférica es variable, no obstante, es conocido que el aumento del riesgo de eventos cardiovasculares está relacionado con la severidad de la EAP. También afecta negativamente a la calidad de vida y produce un deterioro funcional importante.

Todas las guías de práctica clínica aconsejan la estimación individual del riesgo cardiovascular global como herramienta básica para realizar intervenciones eficientes. La prueba más usada para la estimación de la prevalencia de la EAP es la medición del índice tobillo-brazo ITB.

Un ITB inferior a 0,9 es diagnóstico de EAP, a pesar de que más del 80% de estos sujetos no tengan manifestaciones clínicas.

La utilidad del ITB reside en detectar precozmente la existencia de enfermedad arterial periférica (EAP) durante su fase asintomática y servir como parámetro de corte para el establecimiento de medidas preventivas más contundentes antes de que el daño vascular existente se haga sintomático.

El diagnóstico precoz de la EAP supone la posibilidad de actuar de forma temprana y más agresiva sobre los factores de riesgo para evitar el primer evento cardiovascular y la pérdida de extremidad.
En este sentido la medición del ITB es la prueba más asequible para el diagnóstico precoz de una enfermedad que es mayoritariamente asintomática.
Además esta prueba es de fácil manejo en atención primaria frente a otras técnicas para evaluar el flujo sanguíneo, como Ecografía doppler o angiografías.
Es una técnica no invasiva y de bajo costo.

Se pretende evaluar en el paciente con diabetes los factores de riesgo que se asocian a la aparición de complicaciones vasculares en extremidades inferiores.

RESULTADOS ESPERADOS

- Detectar a los pacientes diabéticos a los que no se les ha realizado el ITB en el último año

?- Realizar una captación activa revisando historias clínicas de nuestros pacientes diabéticos a través de los listados por patologías a los que tenemos acceso o aprovechar controles rutinarios para realizar la medición de índice tobillo-brazo.

- Captar pacientes diabéticos con EAP asintomática e insistir en el control y mejora de sus factores de riesgo cardiovascular

MÉTODO

Se realiza una reunión de equipo para revisar las fortalezas y debilidades del acuerdo de gestión de nuestro EAP, planteando dentro de los objetivos de mejora de nuestro EAP este que vamos a desarrollar.
Nos reunimos con Dirección de Atención Primaria de nuestro sector para estudiar conjuntamente las posibilidades de este proyecto.

En próximas fechas se realizará una sesión clínica para actualizar conocimientos sobre la medición del ITB y los valores de referencia.

La medición del índice tobillo-brazo (ITB), se define como el cociente entre la presión arterial sistólica maleolar y la presión arterial sistólica en el brazo.

Un ITB próximo a 1 (> 0,90) se considera normal, entre 0,90-0,70 se considera enfermedad arterial leve, entre 0,69 - 0,40 enfermedad arterial moderada y un valor < 0,40 indica enfermedad arterial severa.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0551

1. TÍTULO

MEDICION DEL INDICE TOBILLO-BRAZO EN PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Se realizaran reuniones de equipo cada 2-3 meses para valorar la evolución del proyecto. ?

INDICADORES

Los indicadores serán:

1- Pacientes diabéticos detectados por este EAP sin medición del ITB en el ultimo año

Valor a alcanzar: 35%
Limite superior: 35%
Limite inferior: 0%

2- N° de pacientes diabéticos detectados sin medición del ITB en el ultimo año y a los que se les realiza esta medicion

Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%

3- N° de pacientes sobre los que se hace una intervención relativa a la educación sobre su enfermedad y auto cuidado.

Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85% ???

DURACIÓN

La fecha de inicio del proyecto será 2º trimestre del año 2018 y el fin del mismo será a finales del 4º cuatrimestre del mismo 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 - 2018/0553

1. TÍTULO

MEDICION DEL PERIMETRO ABDOMINAL ENTRE PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ASCENSION HERNANDEZ VALLESPIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ARIZA
· Localidad ARIZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENDICHO ROJO CESAR
PELEGRIN CANTARERO ANA BELEN
NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA
DIEZ GIMENO IRENE GLORIA
ROIG BARTOLOME ISRAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron 1 sesiones clínicas en el equipo para explicar el proyecto y desarrollo del mismo, otra sesión para evaluación y mejora de la técnica diagnóstica de medida del índice tobillo-brazo. en otras dos reuniones de equipo repasamos el estado del proyecto, detección activa de pacientes y manejo de la educación sanitaria individualizada

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el indicador: Pacientes diabéticos detectados por este EAP sin medición del perímetro abdominal en el último año
Valor a alcanzar: 35%
Limite superior: 35%
Limite inferior: 0%
El valor alcanzado es del 72%. Dato obtenido del registro de OMI tras evaluar las historias clínicas en OMI de todos nuestros pacientes diabéticos

En el indicador: Numero de pacientes diabéticos detectados sin medición del perímetro abdominal en el último año y a los que se les realiza esta medicion
Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%
El valor alcanzado es del 100%. Dato obtenido del registro de OMI tras evaluar las historias clínicas en OMI de todos nuestros pacientes diabéticos

En el indicador: Numero de pacientes sobre los que se hace una intervención relativa a la educación sobre su enfermedad y autocuidado.
Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%
El valor alcanzado es del 100%. Dato obtenido del registro de OMI tras evaluar las historias clínicas en OMI de todos nuestros pacientes diabéticos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo ha detectado un incremento de la preocupación del paciente por sus hábitos higiénico-dietéticos y el control del peso cuando han sido sometidos a esta prueba diagnóstica tras una captación activa en muchos casos. Valoramos la facilidad del manejo de la prueba y su característica incruenta somos conscientes de la importancia de mantener y potenciar a educación sanitaria dentro de la población

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/553 ===== ***

Nº de registro: 0553

Título
MEDICION PERIMETRO ABDOMINAL ENTRE PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Autores:
HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION, BENDICHO ROJO CESAR, PELEGRIN CANTARERO ANA ISABEL, NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA, DIEZ GIMENO IRENE, ROIG BARTOLOME ISRAEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0553

1. TÍTULO

MEDICION DEL PERIMETRO ABDOMINAL ENTRE PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARIZA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad cardiovascular (ECV) es una de las principales causas de muerte, morbilidad y gasto sanitario en nuestra población.
La detección y control de los factores de riesgo cardiovascular sigue siendo una estrategia preventiva esencial. La obesidad es un factor contribuyente clave, tanto como factor independiente de riesgo de enfermedad cardiovascular como también a través de su asociación con otros FRCV como hipertensión, dislipemia o Diabetes Mellitus tipo 2 ".

Las guías europeas de prevención cardiovascular recomiendan combinar las estrategias de detección de poblaciones de alto riesgo con los cambios de estilo de vida. Proponen la función SCORE para cuantificar el riesgo cardiovascular.
Se establecen cuatro niveles de riesgo (muy alto, alto, moderado y bajo) con objetivos terapéuticos según el riesgo.

La obesidad es un factor de riesgo cardiovascular mayor, cuya prevalencia se ha ido incrementando en los últimos años. Además la distribución del exceso de grasa es un parámetro importante a evaluar ya que la obesidad central o abdominal presenta un mayor riesgo para el desarrollo de eventos cardiovasculares.

La medición del perímetro abdominal es un método fácil, incruento y sin costes para detectar un factor de riesgo cardiovascular que asociado a una enfermedad crónica como la diabetes incrementa este riesgo.

Se pretende evaluar en el paciente con diabetes los factores de riesgo que se asocian a la aparición de eventos cardiovasculares.

RESULTADOS ESPERADOS

- Detectar a pacientes diabéticos a los que no se les ha realizado una determinación de perímetro abdominal en el último año.

- Realizar una captación activa revisando historias clínicas de nuestros pacientes diabéticos a través de los listados por patologías a los que tenemos acceso o aprovechar controles rutinarios para realizar la medición de este indicador.

- Detectar pacientes diabéticos con obesidad central e insistir en el control y mejora de sus factores de riesgo cardiovascular

MÉTODO

Se realiza una reunión de equipo para revisar las fortalezas y debilidades del acuerdo de gestión de nuestro EAP, planteando dentro de los objetivos de mejora de nuestro EAP este que vamos a desarrollar. Nos reunimos con Dirección de Atención Primaria de nuestro sector para estudiar conjuntamente las posibilidades de este proyecto.

En próximas fechas se realizara una sesión clínica para actualizar conocimientos sobre la medición del perímetro abdominal y los valores de referencia

La medición del perímetro abdominal se realiza en un punto medio entre el reborde costal y borde superior de la cresta iliaca, despues de una respiracion normal, con la cinta metrica sobre la piel sin hacer presion.

Un perímetro abdominal superior a 88 cms en mujeres y superior a 102 en varones definen la obesidad central.

Se realizaran reuniones de equipo cada 2-3 meses para valorar la evolución del proyecto. ??

INDICADORES

Se buscara como objetivo la medición del perímetro abdominal a pacientes diabéticos a los que no se les haya realizado esta medición en el último año

Los indicadores serán:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0553

1. TÍTULO

MEDICION DEL PERIMETRO ABDOMINAL ENTRE PACIENTES CON DIABETES DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

1- Pacientes diabéticos detectados por este EAP sin medición del perímetro abdominal en el ultimo año

Valor a alcanzar: 35%
Limite superior: 35%
Limite inferior: 0%

2- N° de pacientes diabéticos detectados sin medición del perímetro abdominal en el ultimo año y a los que se les realiza esta medicion

Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85%

3- N° de pacientes sobre los que se hace una intervención relativa a la educación sobre su enfermedad y auto cuidado.

Valor a alcanzar: 100%
Limite superior: 100%
Limite inferior: 85% ??

DURACIÓN

La fecha de inicio del proyecto será 2º trimestre del año 2018 y el fin del mismo será a finales del 4º cuatrimestre del mismo 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 - 2018/0582

1. TÍTULO

ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE MONICA IBAÑEZ FORNES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ATECA
· Localidad ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO TABERNERO ANTONIO
BLANQUEZ PUEYO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con periodicidad mensual, desde el inicio del proyecto la responsable ha mantenido reuniones con la Directora del Instituto y con los profesores de Educación física en función de la disponibilidad. En los casos en los que hubiese una incomparecencia por parte de los profesores de E.F., la Directora quedaba encargada de comunicarles lo expuesto.

Respecto al equipo de Atención Primaria, se comunicaban los avances del proyecto en las reuniones del equipo, que se realizan una vez por semana.

Durante el primer trimestre se obtuvieron las medidas antropométricas de los alumnos de 1ºESO, labor se llevó a cabo por los profesores de E.F. utilizando la báscula y tallímetro del centro de salud. Con posterioridad se realizó una encuesta sobre hábitos alimenticios a los alumnos, elaborada por los miembros del proyecto.

Durante el segundo trimestre el profesor de E.F. incidía en sus clases sobre la importancia de la alimentación antes de realizar un esfuerzo físico.

Durante el tercer trimestre del año lectivo 2017/2018 se realizó con los alumnos, tal y como estaba marcado, una charla sobre alimentación y hábitos saludables por parte de la enfermera del centro de salud, responsable de éste proyecto, doña Mónica Ibañez y para este fin se utilizó como material de apoyo, un PowerPoint confeccionado por los miembros del EAP involucrados en el proyecto.

Durante el primer trimestre del año lectivo 2018/2019 se realizó a los alumnos que actualmente están cursando 2º ESO, una encuesta de satisfacción elaborada por los miembros de este proyecto y contando con la colaboración de los profesores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante la elaboración del proyecto, se marcaron los siguientes objetivos:

TRAS EL CURSO 2017-18 en 1º de la ESO:

- Aumentar los conocimientos sobre alimentación y balance energético.
- Aumentar el % de alumnos que desayunan diariamente.

Éstos objetivos fueron establecidos después de los resultados obtenidos tras la primera encuesta sobre hábitos de alimentación (noviembre 2017), ya que de las 57 encuestas contestadas, 35 niños no realizaban desayuno o almuerzo. Tras la encuesta de satisfacción pasada en noviembre de 2018, hemos obtenido los siguientes resultados: han contestado a la encuesta 49 alumnos, (8 menos de los que se encuestaron en el año anterior) y solamente 4 niños no desayunaban. Es decir, del total de alumnos de 1ºESO estaban desayunando de forma habitual un poco más del 22 % y ahora lo hacen más de un 53 %

Cómo indicadores hemos utilizado los siguientes:

- Encuesta de satisfacción: refleja el interés de los alumnos por el tema de la alimentación, a la mayoría les gustaría seguir aprendiendo sobre alimentación saludable a excepción de 2 alumnos que no tienen ningún interés sobre éste tema y 3 alumnos que no ven necesario seguir con ésta formación.

De ésta encuesta también obtenemos los datos sobre el cambio de hábitos de alimentación reflejado anteriormente.

- Indicador visual expresado por el profesor de E.F.: se ha de tener en cuenta puesto que hace refiere a la incidencia y repetición de la actitud que toman los alumnos respecto al balance energético. Lo que ha hecho que los alumnos estén más concienciados del tema.

- Personal del Equipo de Salud que colaboran con éste proyecto: A las tres personas nombradas inicialmente que están incluidas en el proyecto hay que sumar además la colaboración de otro enfermero que asumió el trabajo del centro de salud mientras se estaba desarrollando la actividad en el instituto. De los 10 profesionales del EAP, 4 estamos implicados, eso es un 40 % de los profesionales, valor bastante satisfactorio para un inicio.

- Personal del Equipo Docente, contamos con la colaboración de la Directora y de un profesor de E.F, pertenecientes al equipo docente de 10 ESO: Este valor del total del profesorado resulta un poco pequeño, pero hay que tener en cuenta que es un proyecto joven y está enfocado a que dure varios años, la expectativa es que aumente este porcentaje a lo largo de los años.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha sido la primera vez que este centro de salud ha colaborado activamente con otra entidad sobre temas de salud. La inexperiencia en este ámbito hace que se vaya despacio en cuanto al cómo y el cuándo, es difícil encontrar también tiempo para reuniones entre las dos entidades, puesto que se trabaja a ritmos distintos, aún así, la experiencia ha sido bastante satisfactoria.

Trabajar con otros profesionales de distintas ramas te hace conocer más y mejor los problemas que se plantean dentro de la comunidad.

Los adolescentes necesitan una base educacional y una repetición de conceptos para que consoliden conocimientos y modifiquen hábitos. Estamos satisfechos y sorprendidos, al mismo tiempo del índice de mejora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0582

1. TÍTULO

ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)

en sus hábitos alimenticios.

Queda mucho trabajo por hacer ya que éste proyecto no termina aquí, sino que las actividades durarán los cuatro años de la ESO.

A nivel de la colaboración, como responsable del proyecto, estoy satisfecha. Por parte del instituto, éste año la directora me puso en comunicación con los profesores de E.F. nada más comenzar el curso y ya nos hemos reunido para planificado actividades y ya tenemos el proyecto de éste año tanto para los alumnos que cursan segundo como para los que han iniciado este año el instituto, (Io ESO). Con lo cual, este proyecto de colaboración ha quedado incluido dentro de su programa educativo.

Por parte del Equipo de Salud, aunque cueste trabajar de forma distinta, la aceptación y voluntariedad para ayudar a la realización de actividades fuera del centro va en aumento.

7. OBSERVACIONES.

Para el año siguiente se marcan los siguientes:

* Objetivos:

- Reforzar los conocimientos de los alumnos adquiridos el año pasado
- Informar e implicar a los padres de los alumnos en el proyecto

* Indicadores:

- Número de alumnos que consiguen más de un 50% de aciertos del cuestionario final de evaluación.
- Porcentaje (%) de profesores que realizan el cuestionario. Se medirá mediante la siguiente fórmula : número de profesores que rellenan el cuestionario/ número de profesores a los que se les ofrece.

Aceptación en un 50% de los padres de los alumnos en relación al proyecto y su disposición a mejorar y/o modificar hábitos alimenticios en sus casas.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/582 ===== ***

Nº de registro: 0582

Título
ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)

Autores:
IBAÑEZ FORNES MONICA, BUENO TABERNERO ANTONIO, BLANQUEZ PUEYO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
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

El I.E.S. "Zaurín" de Ateca, está adherido al programa "Escuelas Promotoras de Salud". Cuando el SARES se reúne con el Instituto, nuestro Centro de Salud es invitado a participar en el proyecto, poniéndose el Equipo a su disposición.

En septiembre de 2017 se realizan reuniones con los profesores para valorar los programas prioritarios. Los profesores de E. Física observan malos hábitos alimentarios en los adolescentes, ya que en sus clases los alumnos presentan más síncope de los esperados tras realizar ejercicio físico.

Inicialmente se evaluaron los hábitos nutricionales de los alumnos mediante encuesta y cálculo del Índice de Masa Corporal individual. Se pretendía conocer directamente la situación actual y valorar la necesidad real de iniciar un proyecto educativo.

De las 57 encuestas contestadas señalaremos que:

3 alumnos contestaron que no sabían si habían recibido una buena educación sobre alimentación, 1 alumno contestó que no, y el resto que creían haber recibido una buena formación.

En cuanto a si creían comer adecuadamente, 3 contestaron que no, 6 que no lo sabían y el resto que creían comer adecuadamente.

44 niños hacen deporte regularmente fuera del ámbito escolar.

22 niños dicen realizar 5 comidas al día.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0582

1. TÍTULO

ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)

35 niños no realizan desayuno o almuerzo.
Solo 2 alumnos refieren comer fruta si "pican" algo entre comidas, el resto toma snacks, frutos secos o chuches.
Los resultados mostraron según las tablas de I.M.C. para niños y adolescentes que:
El 16,3% presentaba obesidad.
El 23,6% presentaba sobrepeso.
El 43,6% presentaba valores normales.
El 10,9% presentaba desnutrición leve.
El 3,6% presentaba desnutrición moderada.
El 1,8% presentaba desnutrición severa.
3 alumnos se negaron a pesarse.
Según nuestra valoración los alumnos estudiados presentan una cifra de exceso de peso global del 39,9%, con un 23,6% de sobrepeso y un 16,3% de obesidad, cifras superiores a otros estudios.
Por ello se decidió intervenir realizando actividades educativas con los alumnos durante la ESO, con el objetivo de conseguir una conducta alimentaria adecuada al final del ciclo formativo.

RESULTADOS ESPERADOS

AL FINALIZAR ESO:

Que los alumnos lleven una alimentación saludable.
Que los alumnos sepan modificar su alimentación en función del gasto energético que realicen.
Aumentar el % de alumnos con un I.M.C. dentro de la normalidad, según talla y sexo.
Disminuir el % de alumnos con sobrepeso y obesidad, adecuándolas a las cifras de prevalencia en Aragón.

TRAS EL CURSO 2017-18 en 1º de la ESO:

Aumentar los conocimientos sobre alimentación y balance energético.
Aumentar el % de alumnos que desayunan diariamente.

EN CADA CURSO:

Anualmente se consensuarán los objetivos más adecuados

Reforzar los conocimientos de los alumnos adquiridos el año pasado.

Informar e implicar a los padres de los alumnos en el proyecto

MÉTODO

Charla taller sobre alimentación en 1º ESO, con PowerPoint.
Al inicio de cada curso se definirán las actividades más adecuadas. Un avance sería:
Charlas para padres/madres o tutores sobre hábitos alimentarios.
Charla-taller sobre trastornos de la conducta alimentaria.
Talleres sobre alimentación, consumo responsable y alimentos km. 0.

INDICADORES

PARA EL CURSO 2017-18:

Nº de profesionales de Equipo de Salud implicados en el desarrollo y actividades, sobre el total de miembros del Equipo.

Nº de profesores del Instituto implicados, sobre el total del claustro.

Nº de alumnos que han asistido a las sesiones, sobre el total de alumnos.

% de alumnos de 1º que han adquirido el hábito de desayunar, sobre el total de alumnos de 1º.

Nº de síncope tras el ejercicio físico, con registro de los episodios y datos de si han desayunado y si ocurren en alumnos diferentes o en los mismos.

AL FINALIZAR ESO:

Se tendrá en cuenta el nº de alumnos que a lo largo del proyecto han abandonado, repetido o dejado el Instituto.

1- Mediante nuevo cálculo del I.M.C. y comparación con el previo:

Nº de alumnos que han normalizado su peso, sobre el total de alumnos con I.M.C. por encima de lo normal.

% de alumnos que han disminuido su grado de obesidad o sobrepeso, sobre el total de alumnos con I.M.C. por encima de lo normal.

2- Mediante nueva encuesta:

Nº de alumnos que han aprendido a adecuar la ingesta antes del ejercicio, sobre el total de alumnos.

Nº de alumnos que desayunan diariamente, sobre el total de alumnos.

Nº de alumnos que han modificado positivamente sus hábitos alimentarios sobre el total de alumnos.

DURACIÓN

Toma de contacto con Dirección del I.E.S.: 9/2017.

Reuniones periódicas con la Dirección del I.E.S. y durante todo el curso.

Reuniones periódicas entre enfermera responsable y el Equipo de Salud.

Reuniones con los profesores: 3 en el 1º trimestre y una por ahora en el 3º.

Reuniones con el jefe de Cocina del I.E.S.: 2 en el 1º trimestre.

Encuesta de hábitos alimentarios a alumnos de 1º: 12/ 2017.

Cálculo a los alumnos de 1º del I.M.C.: 12/2017.

Charlas-talleres, 2 sesiones en grupos de 30 alumnos, 5/ 2018.

Encuesta para valorar el nº de alumnos que han adquirido el hábito de desayunar y a modificar la ingesta según ejercicio previsto: 10/2018.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0582

1. TÍTULO

ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)

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 - 2018/0582

1. TÍTULO

ACOPLA SALUD

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MONICA IBAÑEZ FORNES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ATECA
· Localidad ATECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO TABERNERO ANTONIO
CLAVERO CHUECA DIANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Durante el segundo trimestre de 2019 los profesores de Educación Física impartieron una clase sobre alimentación y hábitos saludables.
- Los días 14, 21 y 28 de febrero de 2019 se realizaron desayunos saludables, a modo de buffet, en el Instituto, previamente a la realización de una actividad intensa en la clase de Educación Física, utilizando el plan de fruta del programa de Escuelas Promotoras de Salud, alimentos de Kilómetro 0 (frutos secos y chocolate negro), en colaboración con el Módulo de Cocina de dicho Instituto.
- Así mismo, dirigida a los padres de los alumnos se impartió una charla sobre buenos hábitos alimentarios, apoyada con una presentación en powerpoint.
- También se aportó información escrita a los padres (disponible en castellano, rumano y árabe) durante las revisiones pediátricas programadas a los 14 años, en el centro de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- La participación de los alumnos en la actividad de buffet fue del 100%.
- No se pasó cuestionario a los profesores, aunque preguntados si eran conocedores del presente proyecto, todos afirmaron conocerlo, estando además 3 de ellos implicados en el desarrollo del mismo, de un total de 17 profesores.
- La asistencia de los padres a la charla fue de un 30%, los cuales acogieron de manera muy positiva el proyecto, comprometiéndose además a aplicarlo dentro del ámbito doméstico. Señalar además, que la información escrita aportada fue especialmente bien acogida entre las madres de procedencia rumana y árabe.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se valora muy positivamente la aceptación del proyecto y la implicación del profesorado en el mismo.
- La actividad de los desayunos tipo buffet fue además muy divertida, pasándolo muy bien los alumnos.
- Los profesores nos han expresado la buena disposición por parte de los alumnos a aplicar lo aprendido modificando positivamente sus hábitos alimenticios.
- Hay que señalar que la asistencia a las charlas dirigidas a los padres fue menor de la esperada.
- La entrega de apoyo escrito a las madres/padres de origen rumano o árabe fue muy bien recibida.

7. OBSERVACIONES.

Durante el curso 2018/19, además de ser el segundo año del proyecto, se inicia con los alumnos de 1º de ESO el mismo programa del proyecto Acopla Salud, con el objetivo de incorporar este proyecto en la Cartera de Servicios.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/582 ===== ***

Nº de registro: 0582

Título
ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)

Autores:
IBAÑEZ FORNES MONICA, BUENO TABERNERO ANTONIO, BLANQUEZ PUEYO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0582

1. TÍTULO

ACOPLA SALUD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El I.E.S. "Zaurín" de Ateca, está adherido al programa "Escuelas Promotoras de Salud". Cuando el SARES se reúne con el Instituto, nuestro Centro de Salud es invitado a participar en el proyecto, poniéndose el Equipo a su disposición.

En septiembre de 2017 se realizan reuniones con los profesores para valorar los programas prioritarios. Los profesores de E. Física observan malos hábitos alimentarios en los adolescentes, ya que en sus clases los alumnos presentan más síncope de los esperados tras realizar ejercicio físico.

Inicialmente se evaluaron los hábitos nutricionales de los alumnos mediante encuesta y cálculo del Índice de Masa Corporal individual. Se pretendía conocer directamente la situación actual y valorar la necesidad real de iniciar un proyecto educativo.

De las 57 encuestas contestadas señalaremos que:

3 alumnos contestaron que no sabían si habían recibido una buena educación sobre alimentación, 1 alumno contestó que no, y el resto que creían haber recibido una buena formación.

En cuanto a si creían comer adecuadamente, 3 contestaron que no, 6 que no lo sabían y el resto que creían comer adecuadamente.

44 niños hacen deporte regularmente fuera del ámbito escolar.

22 niños dicen realizar 5 comidas al día.

35 niños no realizan desayuno o almuerzo.

Solo 2 alumnos refieren comer fruta si "pican" algo entre comidas, el resto toma snacks, frutos secos o chuches.

Los resultados mostraron según las tablas de I.M.C. para niños y adolescentes que:

El 16,3% presentaba obesidad.

El 23,6 presentaba sobrepeso.

El 43,6% presentaba valores normales.

El 10,9% presentaba desnutrición leve.

El 3,6% presentaba desnutrición moderada.

El 1,8% presentaba desnutrición severa.

3 alumnos se negaron a pesarse.

Según nuestra valoración los alumnos estudiados presentan una cifra de exceso de peso global del 39,9%, con un

23,6% de sobrepeso y un 16,3% de obesidad, cifras superiores a otros estudios.

Por ello se decidió intervenir realizando actividades educativas con los alumnos durante la ESO, con el objetivo de conseguir una conducta alimentaria adecuada al final del ciclo formativo.

RESULTADOS ESPERADOS

AL FINALIZAR ESO:

Que los alumnos lleven una alimentación saludable.

Que los alumnos sepan modificar su alimentación en función del gasto energético que realicen.

Aumentar el % de alumnos con un I.M.C. dentro de la normalidad, según talla y sexo.

Disminuir el % de alumnos con sobrepeso y obesidad, adecuándolas a las cifras de prevalencia en Aragón.

TRAS EL CURSO 2017-18 en 1º de la ESO:

Aumentar los conocimientos sobre alimentación y balance energético.

Aumentar el % de alumnos que desayunan diariamente.

EN CADA CURSO:

Anualmente se consensuarán los objetivos más adecuados

Reforzar los conocimientos de los alumnos adquiridos el año pasado.

Informar e implicar a los padres de los alumnos en el proyecto

MÉTODO

Charla taller sobre alimentación en 1º ESO, con PowerPoint.

Al inicio de cada curso se definirán las actividades más adecuadas. Un avance sería:

Charlas para padres/madres o tutores sobre hábitos alimentarios.

Charla-taller sobre trastornos de la conducta alimentaria.

Talleres sobre alimentación, consumo responsable y alimentos km. 0.

INDICADORES

PARA EL CURSO 2017-18:

Nº de profesionales de Equipo de Salud implicados en el desarrollo y actividades, sobre el total de miembros del Equipo.

Nº de profesores del Instituto implicados, sobre el total del claustro.

Nº de alumnos que han asistido a las sesiones, sobre el total de alumnos.

% de alumnos de 1º que han adquirido el hábito de desayunar, sobre el total de alumnos de 1º.

Nº de síncope tras el ejercicio físico, con registro de los episodios y datos de si han desayunado y si ocurren en alumnos diferentes o en los mismos.

AL FINALIZAR ESO:

Se tendrá en cuenta el nº de alumnos que a lo largo del proyecto han abandonado, repetido o dejado el Instituto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0582

1. TÍTULO

ACOPLA SALUD

- 1- Mediante nuevo cálculo del I.M.C. y comparación con el previo:
Nº de alumnos que han normalizado su peso, sobre el total de alumnos con I.M.C. por encima de lo normal.
% de alumnos que han disminuido su grado de obesidad o sobrepeso, sobre el total de alumnos con I.M.C. por encima de lo normal.
- 2- Mediante nueva encuesta:
Nº de alumnos que han aprendido a adecuar la ingesta antes del ejercicio, sobre el total de alumnos.
Nº de alumnos que desayunan diariamente, sobre el total de alumnos.
Nº de alumnos que han modificado positivamente sus hábitos alimentarios sobre el total de alumnos.

DURACIÓN

Toma de contacto con Dirección del I.E.S.: 9/2017.
Reuniones periódicas con la Dirección del I.E.S. y durante todo el curso.
Reuniones periódicas entre enfermera responsable y el Equipo de Salud.
Reuniones con los profesores: 3 en el 1º trimestre y una por ahora en el 3º.
Reuniones con el jefe de Cocina del I.E.S.: 2 en el 1º trimestre.
Encuesta de hábitos alimentarios a alumnos de 1º: 12/ 2017.
Cálculo a los alumnos de 1º del I.M.C.: 12/2017.
Charlas-talleres, 2 sesiones en grupos de 30 alumnos, 5/ 2018.
Encuesta para valorar el nº de alumnos que han adquirido el hábito de desayunar y a modificar la ingesta según ejercicio previsto: 10/2018.

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 - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

Fecha de entrada: 09/01/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA BERNAL FRANCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CHARLEZ MILLAN CARMEN
MARTINEZ IBAÑEZ PAOLA
HERNANDEZ GIL RUT
BARRIENDO ORTILLES CERES
SANCHEZ CONTRERAS MARIA TERESA
JILVENAU CORINA
CAUSAPE GRACIA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración de un proceso clínico asistencial del paciente con faringoamigdalitis a todo aquel que acude al centro de salud en horario de Atención Continuada. El equipo se reunió en varias ocasiones para planificar las actividades a realizar, delimitar las funciones de cada integrante del proyecto y especificar las acciones que posteriormente se llevarían a cabo .Abril 2018

2. El 4 de Abril de 2018 se presentó en sesión clínica el Proyecto de Mejora ante los miembros de los distintos equipos de AP de Calatayud Norte y Sur.

3 .Elaboración de una Infografía y publicada en los distintos boxes de Urgencias. Abril 2018

4. Creación de una hoja de registro con distintas variables: Edad, sexo, historia clínica, centro de salud al que pertenecen, alergias medicamentosas, tratamiento antibiótico previo, tratamiento antibiótico actual, cuantificación de criterios de Centor, resultado de STP test, el tipo de tratamiento y seguimiento posterior. Abril 2018

5 .Elaboración de una hoja de instrucciones de STP dónde se explica de forma detallada la realización del STP Test . Abril 2018

6 .Solicitud a la Dirección de Atención Primaria del Sector Calatayud los Kits de STP Test . Abril del 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1 :% Profesionales sanitarios de Atención Continuada que asisten a la sesión clínica de presentación de proceso. El 4 de Abril de 2018 se realizó la presentación del Proyecto de Mejora en la Biblioteca del Centro de Salud. Los docentes fueron Ceres Barriendo y Cristina Bernal y contó con la asistencia de 31 miembros de equipo de Calatayud Norte y Sur. Los asistentes a la presentación fueron 31 profesionales de los cuales 20 realizan jornada de Atención Continuada, obteniendo un porcentaje de 64%. Valor a alcanzar 60%

INDICADOR 2 :% Pacientes que presentan síntomas de faringoamigdalitis aguda con dos o más criterios de Centor a los que se le han realizado el test. Se ha obtenido un porcentaje del 100 % ya que a todos que presentaron clínica compatible con faringoamigdalitis aguda se les realizó el test con dos o más criterios de Centor. Se ha realizado el test a 88 pacientes, 10 quedan registrados como desplazados, 5 son vistos en Calatayud Sur y los otros 5 en Calatayud Norte, 9 se desconoce su procedencia y el resto Calatayud Norte 74 y el Centro de Calatayud Sur 14 .Con cuatro criterios de Centor se registraron: 18 pacientes : 11 resultado positivo (61,1%) y 7 resultados negativo (38,9%) Tres criterios de Centor : 46 pacientes, 20 resultado positivo (43,5%) y 26 negativo (56,5%) y dos criterios de Centor : 24 pacientes : 10 pacientes resultado positivo (41,7%) y 14 negativo (58,3%). Valor a alcanzar 100%

INDICADOR 3 :% Pacientes a los que se le han realizado test STP Test y su resultado ha sido positivo Un total de 41 (46,6%) pacientes el resultado fue positivo de 88 a los que se le realizó el test, un total de 47(53,4%) el resultado fue negativo Valor a alcanzar 75%

INDICADOR 4 :% Pacientes pediátricos con cualquier antibiótico y diagnóstico de faringoamigdalitis aguda / pacientes menores de 14 años con prescripción de Penicilina V o fenoximetilpenicilina (modificación de indicador respecto al anterior por fallo en su elaboración). Hubo 37 pacientes menores de 14 años (42%), De estos 37, 21 pacientes dieron positivo en el STP test (56,8%) y 16 fueron negativos (43,2%). De los 21 menores positivos, 16 recibieron Penicilina V (76.2%) y el resto Amoxicilina (23.8%).

INDICADOR 5: % Pacientes que han acudido a consulta de su médico de familia y/o pediatra en los 7 días posteriores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

De los 61 pacientes a los que se les ha realizado el seguimiento han acudido de nuevo a consulta en los siete días posteriores al tratamiento :11 pacientes (18%).
De estos 11 pacientes, ocho tuvieron un STP test positivo: cuatro de ellos acudieron a consulta por revisión con buena evolución, uno de ellos presentó reacción urticariforme, otro púrpura de Schölein Henoch y el último un absceso periamigdalino, y otro por cambio de antibiótico prescrito en otra comunidad autónoma.
Tres presentaron STP negativo: dos acudieron por control de evolución siendo favorable y un tercero por un absceso periamigdalino con posterior ingreso en hospital (el hecho de que obtengamos un absceso en un STP negativo hace pensar que quizá la recogida del frotis faringeo no fue correcta).
Del resto de pacientes a los que se les realizó un test no hubo seguimiento por ser desplazados (14 pacientes)y mal registro de datos (10 pacientes). Quizá también comentar que 1 pertenecía a compañía privada. Valor a alcanzar 25%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con los datos obtenidos en el proyecto de Mejora se observa que ha habido un correcto uso del medicamento, obteniendo un beneficio que se refleja en el estado de salud del paciente, junto con una minimización de costes y del riesgo, ya que la prescripción adecuada del medicamento logra evitar efectos secundarios, interacciones medicamentosas, así como, menos resistencias.

Se recomienda seguir el protocolo y continuar con la utilización del Streptotest por su sencillez, por el alto grado de aceptación obtenido en la consulta de Atención Continuada, ya que todos los pacientes accedieron a la realización del test y aceptaron la prescripción, no habiendo rechazo de la misma.

Recalamos la importancia de continuar con las directrices seguidas hasta hora, pues durante este periodo se ha logrado el objetivo marcado: aliviar, curar, frenar el gasto innecesario y un uso racional del antibiótico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/460 ===== ***

Nº de registro: 0460

Título
USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

Autores:
BERNAL FRANCO MARIA CRISTINA, CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA, HERNANDEZ GIL RUTH, BARRIENDO ORTILLES CERES, CAUSAPE GRACIA SARA, JILAVEANU CORINA MARIA, MARTINEZ IBAÑEZ PAOLA, SANCHEZ CONTRERAS MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La faringitis o faringoamigdalitis es uno de los motivos asistenciales más frecuentes de consulta en Atención continuada y una de las razones por las cuales se prescribe antibiótico. El principal agente responsable entre las causas bacterianas es el STP Pyogenes o STP Betahemolítico del grupo A.

Las escalas de valoración clínica (Criterios de Centor)son una buena ayuda para seleccionar a qué pacientes se debe practicar la técnica de detección rápida de Ag estreptocócico (TDR) dicho test presenta una Sensibilidad y Especificidad superior al 90% y un VPN del 98%, sin su empleo, se tiende a sobrediagnosticar faringoamigdalitis aguda con la consiguiente prescripción innecesaria de antibiótico.

Actualmente disponemos en nuestro centro de salud Alere TestPack StrepA con una Sensibilidad:97% y Especificidad del 98.4%..

RESULTADOS ESPERADOS

Dagnóstico de faringitis estreptocócica grupo A mediante test a todos los pacientes que acuden a nuestro CS con dos o más criterios de Centor.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

- Diagnóstico diferencial de faringoamigdalitis aguda por Streptococo B hemolítico del grupo A o Streptococcus pyogenes del resto de faringoamigdalitis (víricas, STP grupo C y G, anaerobios..)
- Tratar de forma eficiente faringoamigdalitis aguda y optimización de uso de Antibiótico.
- Evitar el contagio por STP betahemolítico del grupo A, en la comunidad para romper la cadena epidemiológica.
- Disminuir la resistencia antimicrobiana en la comunidad al tratar unicamente las indicadas.
- Disminuir la variabilidad diagnóstica.

MÉTODO

1. Elaborar el proceso clínico- asistencial del paciente con faringoamigdalitis aguda en todo paciente que acuda al centro de salud en horario de Atención Continuada. En niños menores de 4 años, es muy común la etiología viral. Además, la prevalencia de portadores de EBHGA es alta y la identificación estreptocócica con la prueba del Strep A carece de significado. Si hubiese alguno de los criterios suplementarios, podría considerarse hacer una determinación de Strep A:
Brote comunitario por EBHGA.
Paroniquia.
Impétigo.
Lengua en frambuesa.
Rash escarlatiniforme
2. Presentación de dicho proceso a todos los profesionales del EAP Norte, Sur, SUAP y Atención Continuada .
3. Solicitar a la Dirección Atención Primaria Kits de Streptococo beta Hemolítico
4. Elaborar una infografía con los criterios diagnósticos y el tratamiento indicado, que sirva como referencia a los profesionales en las salas de urgencia.
5. Elaborar una hoja de registro con
Los datos de identificación del paciente, nombre, edad, sexo,
Alergias farmacológicas.
Criterios de Centor.
Tratamiento antibiótico.
Toma de antibiotico previo.
Presencia de cuadro de faringoamigdalitis en contexto familiar.
Nueva consulta posttratamiento.

INDICADORES

INDICADOR 1: % Profesionales sanitarios que asisten a la sesión clínica de presentación del proceso.
Valor a alcanzar : 60%.
límite superior: 100%
Límite inferior : 50%

INDICADOR 2: % de pacientes que presentan síntomas de faringoamigdalitis aguda con 2 o mas criterios de Centor a los que se les ha realizado el test.
Valor a alcanzar 90%
Límite superior: 100%
Límite inferior 80%.

INDICADOR 3: % Pacientes a los que se la ha realizado test STP A y su resultado ha sido positivo.
Valor a alcanzar: 75%
Límite superior :83%
Límite inferior: 45%

INDICADOR 4: % Pacientes menores de 14 años con prescripción de penicilina V, o fenoximetilpenicilina y diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica aguda / los pacientes pediátricos con prescripción de cualquier antibiótico y diagnóstico de faringoamigdalitis aguda.
Valor a alcanzar mayor de 90%
Límite superior: 100%
Límite inferior: 80%

INDICADOR 5 % de pacientes que han acudido a la consulta de su médico de familia y/o pediatra en los primeros 7 días por este motivo.
Valor a alcanzar :25%
Límite superior: 30%
Límite inferior: 5%.

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio : Mayo 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

Sesión informativa: 1º quincena de mayo 2018
Solicitud de Kit: 1ª quincena de mayo 2018
Hoja de registro: 1ª quincena de mayo 2018
Infografía: 1ª quincena de mayo 2018
Captación de pacientes: desde 2ª quincena de mayo 2018 hasta final diciembre de 2018

Evaluación intermedia : Octubre 2018

Fecha prevista de finalización : 2ª quincena de diciembre de 2018

Evaluación final . 2ª quincena de 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 - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA BERNAL FRANCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CHARLEZ MILLAN CARMEN
HERNANDEZ GIL RUT
BARRIENDO ORTILLES CERES
CAUSAPE GRACIA SARA
MARTINEZ IBAÑEZ PAOLA
JILAVENAU CORINA MARIA
SANCHEZ CONTRERAS MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.Elaboración de un proceso clínico asistencial del paciente con faringoamigdalitis a todo áquel que acude al centro de salud en horario de Atención Continuada. El equipo se reunió en varias ocasiones para planificar las actividades a realizar, delimitar las funciones de cada integrante del proyecto y especificar las acciones que posteriormente se llevarían a cabo .Abril 2018

2. El 4 de Abril de 2018 se presentó en sesión clínica el Proyecto de Mejora ante los miembros de los distintos equipos de AP de Calatayud Norte y Sur.

3 .Elaboración de una Infografía y publicada en los distintos boxes de Urgencias. Abril 2018

4. Creación de una hoja de registro con distintas variables: Edad,sexo,historia clínica,centro de salud al que pertenecen,alergias medicamentosas,tratamiento antibiótico previo,tratamiento antibiótico actual, cuantificación de criterios de Centor, resultado de STP test,el tipo de tratamiento y seguimiento posterior. Abril 2018

5 .Elaboración de una hoja de instrucciones de STP dónde se explica de forma detallada la realización del STP Test . Abril 2018

6 .Solicitud a la Dirección de Atención Primaria del Sector Calatayud los Kits de STP Test . Abril del 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1 :% Profesionales sanitarios de Atención Continuada que asisten a la sesión clínica de presentación de proceso. El 4 de Abril de 2018 se realizó la presentación del Proyecto de Mejora en la Biblioteca del Centro de Salud. Los docentes fueron Ceres Barriendo y Cristina Bernal y contó con la asistencia de 31 miembros de equipo de Calatayud Norte y Sur. Los asistentes a la presentación fueron 31 profesionales de los cuales 20 realizan jornada de Atención Continuada, obteniendo un porcentaje de 64%. Valor a alcanzar 60%

INDICADOR 2 :% Pacientes que presentan síntomas de faringoamigdalitis aguda con dos o más criterios de Centor a los que se le han realizado el test. Se ha obtenido un porcentaje del 100 % ya que a todos que presentaron clínica compatible con faringoamigdalitis aguda se les realizó el test con dos o más criterios de Centor. Se ha realizado el test a 88 pacientes, 10 quedan registrados como desplazados,5 son vistos en Calatayud Sur y los otros 5 en Calatayud Norte,9 se desconoce su procedencia y el resto Calatayud Norte 74 y el Centro de Calatayud Sur 14 .Con cuatro criterios de Centor se registraron: 18 pacientes : 11 resultado positivo (61,1%) y 7 resultados negativo (38,9%) Tres criterios de Centor : 46 pacientes, 20 resultado positivo (43.5%)y 26 negativo (56,5%) y dos criterios de Centor : 24 pacientes : 10 pacientes resultado positivo (41,7%) y 14 negativo (58,3%).Valor a alcanzar 100%

INDICADOR 3 :% Pacientes a los que se le han realizado test STP Test y su resultado ha sido positivo Un total de 41 (46,6%) pacientes el resultado fue positivo de 88 a los que se le realizó el test,un total de 47(53,4%) el resultado fue negativo Valor a alcanzar 75%

INDICADOR 4 :% Pacientes pediátricos con cualquier antibiótico y diagnóstico de faringoamigdalitis aguda / pacientes menores de 14 años con prescripción de Penicilina V o fenoximetilpenicilina (modificación de indicador respecto al anterior por fallo en su elaboración).
Hubo 37 pacientes menores de 14 años (42%), De estos 37, 21 pacientes dieron positivo en el STP test (56,8%) y 16 fueron negativos (43,2%). De los 21 menores positivos, 16 recibieron Penicilina V (76.2%) y el resto Amoxicilina (23.8%).

INDICADOR 5: % Pacientes que han acudido a consulta de su médico de familia y/o pediatra en los 7 días posteriores.
De los 61 pacientes a los que se les ha realizado el seguimiento han acudido de nuevo a consulta en los siete días posteriores al tratamiento :11 pacientes (18%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

De estos 11 pacientes, ocho tuvieron un STP test positivo: cuatro de ellos acudieron a consulta por revisión con buena evolución, uno de ellos presentó reacción urticariforme, otro púrpura de Scholein Henoch y el último un absceso periamigdalino, y otro por cambio de antibiótico prescrito en otra comunidad autónoma. Tres presentaron STP negativo: dos acudieron por control de evolución siendo favorable y un tercero por un absceso periamigdalino con posterior ingreso en hospital (el hecho de que obtengamos un absceso en un STP negativo hace pensar que quizá la recogida del frotis faringeo no fue correcta). Del resto de pacientes a los que se les realizó un test no hubo seguimiento por ser desplazados (14 pacientes)y mal registro de datos (10 pacientes). Quizá también comentar que 1 pertenecía a compañía privada. Valor a alcanzar 25%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con los datos obtenidos en el proyecto de Mejora se observa que ha habido un correcto uso del medicamento, obteniendo un beneficio que se refleja en el estado de salud del paciente, junto con una minimización de costes y del riesgo, ya que la prescripción adecuada del medicamento logra evitar efectos secundarios, interacciones medicamentosas, así como, menos resistencias. Se recomienda seguir el protocolo y continuar con la utilización del Streptotest por su sencillez, por el alto grado de aceptación obtenido en la consulta de Atención Continuada, ya que todos los pacientes accedieron a la realización del test y aceptaron la prescripción, no habiendo rechazo de la misma. Recalamos la importancia de continuar con las directrices seguidas hasta hora, pues durante este periodo se ha logrado el objetivo marcado: aliviar, curar, frenar el gasto innecesario y un uso racional del antibiótico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/460 ===== ***

Nº de registro: 0460

Título
USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

Autores:
BERNAL FRANCO MARIA CRISTINA, CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA, HERNANDEZ GIL RUTH, BARRIENDO ORTILLES CERES, CAUSAPE GRACIA SARA, JILAVEANU CORINA MARIA, MARTINEZ IBAÑEZ PAOLA, SANCHEZ CONTRERAS MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La faringitis o faringoamigdalitis es uno de los motivos asistenciales más frecuentes de consulta en Atención continuada y una de las razones por las cuales se prescribe antibiótico. El principal agente responsable entre las causas bacterianas es el STP Pyogenes o STP Betahemolítico del grupo A. Las escalas de valoración clínica (Criterios de Centor)son una buena ayuda para seleccionar a qué pacientes se debe practicar la técnica de detección rápida de Ag estreptocócico (TDR) dicho test presenta una Sensibilidad y Especificidad superior al 90% y un VPN del 98%, sin su empleo, se tiende a sobrediagnosticar faringoamigdalitis aguda con la consiguiente prescripción innecesaria de antibiótico. Actualmente disponemos en nuestro centro de salud Alere TestPack StrepA con una Sensibilidad:97% y Especificidad del 98.4%..

RESULTADOS ESPERADOS

Dagnóstico de faringitis estreptocócica grupo A mediante test a todos los pacientes que acuden a nuestro CS con dos o más criterios de Centor.

-Diagnóstico diferencial de faringoamigdalitis aguda por Streptococo B hemolítico del grupo A o Streptococcus pyogenes del resto de faringoamigdalitis (víricas, STP grupo C y G, anaerobios..)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

- Tratar de forma eficiente faringoamigdalitis aguda y optimización de uso de Antibiótico.
- Evitar el contagio por STP betahemolítico del grupo A, en la comunidad para romper la cadena epidemiológica.
- Disminuir la resistencia antimicrobiana en la comunidad al tratar unicamente las indicadas.
- Disminuir la variabilidad diagnóstica.

MÉTODO

1. Elaborar el proceso clínico- asistencial del paciente con faringoamigdalitis aguda en todo paciente que acuda al centro de salud en horario de Atención Continuada. En niños menores de 4 años, es muy común la etiología viral. Además, la prevalencia de portadores de EBHGA es alta y la identificación estreptocócica con la prueba del Strep A carece de significado. Si hubiese alguno de los criterios suplementarios, podría considerarse hacer una determinación de Strep A:

Brote comunitario por EBHGA.

Paroniquia.

Impétigo.

Lengua en frambuesa.

Rash escarlatiniforme

2. Presentación de dicho proceso a todos los profesionales del EAP Norte, Sur, SUAP y Atención Continuada .

3. Solicitar a la Dirección Atención Primaria Kits de Streptococo beta Hemolítico

4. Elaborar una infografía con los criterios diagnósticos y el tratamiento indicado, que sirva como referencia a los profesionales en las salas de urgencia.

5. Elaborar una hoja de registro con

Los datos de identificación del paciente, nombre, edad, sexo,

Alergias farmacológicas.

Criterios de Centor.

Tratamiento antibiótico.

Toma de antibiotico previo.

Presencia de cuadro de faringoamigdalitis en contexto familiar.

Nueva consulta posttratamiento.

INDICADORES

INDICADOR 1: % Profesionales sanitarios que asisten a la sesión clínica de presentación del proceso.

Valor a alcanzar : 60%.

limite superior: 100%

Limite inferior : 50%

INDICADOR 2: % de pacientes que presentan síntomas de faringoamigdalitis aguda con 2 o mas criterios de Centor a los que se les ha realizado el test.

Valor a alcanzar 90%

Limite superior: 100%

Limite inferior 80%.

INDICADOR 3: % Pacientes a los que se la ha realizado test STP A y su resultado ha sido positivo.

Valor a alcanzar: 75%

Límite superior :83%

Límite inferior: 45%

INDICADOR 4: % Pacientes menores de 14 años con prescripción de penicilina V, o fenoximetilpenicilina y diagnostico de faringoamigdalitis estreptocócica aguda / los pacientes pediátricos con prescripción de cualquier antitibiótico y diagnóstico de faringoamigdalitis aguda.

Valor a alcanzar mayor de 90%

Limite superior: 100%

Limite inferior: 80%

INDICADOR 5 % de pacientes que han acudido a la consulta de su médico de familia y/o pediatra en los primeros 7 días por este motivo.

Valor a alcanzar :25%

Límite superior: 30%

Límite inferior: 5%.

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio : Mayo 2018

Sesión informativa: 1º quincena de mayo 2018

Solicitud de Kit: 1ª quincena de mayo 2018

Hoja de registro: 1ª quincena de mayo 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0460

1. TÍTULO

USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA QUE ACUDEN A ATENCION CONTINUADA EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD NORTE Y SUR

Infografía::1ª quincena de mayo 2018

Captación de pacientes: desde 2ª quincena de mayo 2018 hasta final diciembre de 2018

Evaluación intermedia : Octubre 2018

Fecha prevista de finalización : 2ª quincena de diciembre de 2018

Evaluación final . 2ª quincena de 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 - 2018/0477

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO MEDIANTE LA COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO PERALES MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIMENEZ LOPEZ VIRGINIA
ALCAZAR MORTE MARIA JESUS
NAVARRA VICENTE BEATRIZ
LAFUENTE HIDALGO MIGUEL
ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ
GALLEGO VELA SANTIAGO
PARRA FORMENTO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones trimestrales entre los pediatras de AP del Sector Calatayud y los FEA Pediatría del Hospital.

- 1º Virginia Gimenez: " Patología relacionada con el gluten" 13 de marzo 2018
- 2º Miguel Lafuente: "Crisis en contexto febril" 08 de mayo 2018
- 3º Carla Martínez: "Fluidoterapia en la infancia" 25 de septiembre 2018
- 4º Beatriz Navarra: "Aspectos éticos y legales en Pediatría" 6 de noviembre 2018

2 sesiones extraordinarias:

- 1º Sonia de la Fuente (Dermatología HELL): "Dermatitis Atopica" 22 de mayo 2018
- 2º María Dolores Miramar (Genética HUMS): "Actualización diagnóstico genético enfermedades pediaticas" 23 de octubre 2018
- 3º Unidad Paliativos HUMS. "Cuidados paliativos pediaticos en Aragón" 20 noviembre 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Número de sesiones conjuntas realizadas entre ambos niveles asistenciales. Mínimo: 6, máximo 15. TOTAL: 7
- Número de profesionales implicados que asisten a las sesiones conjuntas. HAN ASISTIDO ENTRE 7 Y 11 PROFESIONALES.
- Cobertura de todos los centros de salud del área. SI
- Número de profesionales ajenos a la Pediatría que coordinan una reunión. 3 SESIONES EXTRAORDINARIAS
- Encuesta de satisfacción de los profesionales de Atención Primaria y Especializada. REALIZADA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha sido muy gratificante y enriquecedor a nivel personal y profesional para compartir experiencias, comentar casos del día a día y actualizar conocimientos en determinados campos.

Se ha conseguido el objetivo final que era mejorar la calidad asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/477 ===== ***

Nº de registro: 0477

Título
MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO MEDIANTE LA COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

Autores:
PERALES MARTINEZ JOSE IGNACIO, GIMENEZ LOPEZ VIRGINIA, ALCAZAR MORTE MARIA JESUS, NAVARRA VICENTE BEATRIZ, LAFUENTE HIDALGO MIGUEL, ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ, GALLEGO VELA SANTIAGO, PARRA FORMENTO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PEDIATRIA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0477

1. TÍTULO

MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO MEDIANTE LA COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Atención Primaria del paciente pediátrico se desarrolla alrededor de la labor asistencial, incluyendo tanto las revisiones del niño sano, como la atención a las demandas urgentes. En ocasiones, se precisa la Atención Especializada para el diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento del paciente. La comunicación y coordinación entre niveles asistenciales resulta fundamental para implementar la asistencia y mejorar la calidad de la atención. Se hace necesario organizar reuniones periódicas con los pediatras de su Área, y mucho mejor si en ellas participa el Servicio de pediatría del hospital de referencia. Es una buena oportunidad para el conocimiento personal y de las posibilidades y limitaciones de cada uno; y esta organización zonal pediátrica podría aportar también soluciones a la creación de guías de actuación conjuntas, atención continuada, sustituciones, etc. Para ello proponemos un programa colaborativo entre los dos niveles asistenciales en el que se resolverán las necesidades asistenciales diarias y se realizarán sesiones científicas actualizadas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar de la calidad asistencial del paciente pediátrico.
- Implementar la coordinación entre niveles asistencial.
- Gestionar los recursos sanitarios de la forma más eficiente.
- Actualización en patologías pediátricas más prevalentes.

MÉTODO

Se planificarán reuniones periódicas entre el servicio de Pediatría del Hospital Ernest Lluch y los distintos pediatras de Atención Primaria del sector Calatayud para actualizar las patologías más prevalentes y relevantes del campo de la Pediatría. Cada sesión estará coordinada por uno de los pediatras del Equipo, que será el encargado de la elección del tema a revisar. La periodicidad será bimensual o trimestral en función de las necesidades asistenciales. La duración aproximada será entre 60-90 minutos y se realizarán en la Biblioteca del Hospital Ernest Lluch. A su vez, se propondrán reuniones extraordinarias, coordinadas por profesionales de otras Especialidades, sobre temas de interés para la Pediatría (Dermatología, Traumatología, Genética, etc). Todas las actividades serán acreditadas por parte de la Comisión de Formación Continuada y será necesario realizar un control de la asistencia a las mismas mediante recogida de firmas. Se intentarán colgar en una plataforma la mayoría de las sesiones realizadas.

INDICADORES

- Número de sesiones conjuntas realizadas entre ambos niveles asistenciales. Mínimo: 6, máximo 15.
- Número de profesionales implicados que asisten a las sesiones conjuntas.
- Cobertura de todos los centros de salud del área.
- Número de profesionales ajenos a la Pediatría que coordinan una reunión.
- Encuesta de satisfacción de los profesionales de Atención Primaria y Especializada.

DURACIÓN

Marzo 2018 - Junio 2018: Ordenar y seleccionar fechas, ponentes y temas a revisar.
Junio 2018 - Junio 2019: Puesta en marcha de las reuniones con periodicidad indicada anteriormente.

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 - 2018/0533

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA PARA ALUMNOS DE LOS COLEGIOS PUBLICOS CONCERTADOS DE 6º PRIMARIA DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE CARLOS LOPEZ FELEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PIQUERAS LORIENTE SUSANA
PONCE LAZARO MARIA JOSE
CHARLEZ MILLAN CARMEN
BERNAL FRANCO CRISTINA
DELGADO GUAJARDO CARMEN
TORRA CUIXART CARMEN
IBAÑEZ CATALAN PEÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- 1ª Reunión Equipo (14.00h). 16-04-18. Planificar cronograma. Envío a todos colegios del Proyecto. Se queda con las distintas direcciones de los centros, que fijen una fecha tras la reunión de claustro al comenzar el curso 2018-19.
2.- 2ª Reunión Equipo (14.00h). 26-09-18. Se concretan días de asistencia a los distintos colegios. Se acuerda acudir, mínimo, 2 personas del equipo por cada vía y colegio. Se confecciona y perfila Powerpoint a exponer durante los talleres.
3.- Taller en Colegio Augustus Bilbilis (09.00h). 12-12-18
4.- Taller en Colegio Baltasar Gracián (09.00h). 24-01-19
5.- Taller en Colegio Francisco de Goya (09.00h). 13-2-19
6.- Taller en Colegio Santa Ana (09.00h). 05-03-19
7.- Taller en Colegio Salvador Minguijón (09.00h). 13-03-19
8.- 3ª Reunión Equipo (14.00h) 13-03-19. Análisis de objetivos alcanzados y grado de impacto del programa. Conclusiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

100% alumnos que han asistido a los Talleres, planteándose un objetivo >80%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de los talleres ha sido muy positiva. L@s alum@s han comprendido claramente la importancia de una buena formación en RCP básica, así como un buen aprovechamiento de los recursos disponibles (teléfono 061, 112, ambulancias) que ell@s mismos pueden tener que utilizar en cualquier momento. Los docentes igualmente han quedado muy satisfechos, llegando incluso a plantear por su parte la extensión de dicha formación hacia ell@s mism@s. Por todo ello, vemos necesaria la continuación de dicho proyecto, dado que la reanimación cardiopulmonar básica es el pilar principal en casos de parada cardiorespiratoria: sin una RCP básica, la avanzada es completamente ineficaz. Y es especialmente importante hacerlo en las aulas, pues los niñ@s desde pequeñ@s es importante que tomen conciencia sobre ello. A ello se une que son unos estupend@s transmisores de información en su entorno familiar y cercano, lo que les confiere un valor añadido.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/533 ===== ***

Nº de registro: 0533

Título
TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA PARA ALUMNOS DE LOS COLEGIOS PUBLICOS Y CONCERTADOS DE 6º PRIMARIA DE CALATAYUD

Autores:
LOPEZ FELEZ CARLOS, PIQUERAS LORIENTE SUSANA, PONCE LAZARO MARIA JOSE, CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA, BERNAL FRANCO MARIA CRISTINA, DELGADO GUAJARDO CARMEN, TORRA CUIXART CARMEN, IBAÑEZ CATALAN PEÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0533

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA PARA ALUMNOS DE LOS COLEGIOS PUBLICOS CONCERTADOS DE 6º PRIMARIA DE CALATAYUD

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

Es importante destacar que los niños y los jóvenes son excepcionales agentes de transformación de los adultos. La Reanimación Cardiopulmonar (RCP) no se encuentra al margen, y su aprendizaje también impacta en ellos, tal como sucede con otras enseñanzas.

La importancia de la enseñanza de RCP en los colegios ha llevado a la Organización Mundial de la Salud a lanzar su campaña "Kids Save Lives" (los niños pueden salvar vidas). Esta campaña aconseja enseñar en las escuelas RCP y manejo del DEA a todos los niños del mundo empezando a los 10 años.

En cuanto a la edad ideal o aconsejable para que los niños sean entrenados, se podría decir que un buen momento es entre los 6 y 12 años, en la escuela primaria, y realizar un re entrenamiento en la enseñanza secundaria. Existen estudios que muestran que es muy sencillo implementar programas de entrenamiento en adolescentes entre 12 y 14 años.

Es por ello, y como continuidad a los talleres realizados en años previos, por lo que se propone dicho proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

- Lograr una adecuada difusión de la importancia de la RCP como instrumento básico para salvar vidas.
- Capacitar a profesores y alumnos de los centros educativos públicos y concertados de 6º Primaria en la identificación y actuación en situaciones de emergencia que requiera RCP mediante la realización de talleres teórico-prácticos.

MÉTODO

- 1ª Reunión del grupo de mejora, con el fin de determinar actividades a realizar y reparto de las mismas
- Contactar vía telefónica con los Directores de los centros educativos para explicar objetivos, características, y duración de los talleres. A continuación, se les remitirá invitación formal por correo ordinario.
- Programar sendas reuniones del Responsable del presente proyecto, con los Directores o responsables de cada colegio que acepte su participación, con objeto de concretar fechas para realización de talleres formativos.
- 2ª Reunión, con objeto de planificar talleres y audiovisuales teórico-prácticos, así como elaborar test de examen, encuestas de satisfacción y diplomas acreditativos.
- Solicitud a Unidad Docente de maniquí de simulación para realizar prácticas de RCP
- Realización de talleres formativos de carácter teórico-práctico en colegios. Consistirá en una breve exposición de no más de 15' duración, de diapositivas para fijar los conceptos de Emergencia, Cadena de Supervivencia, técnica de RCP. Posteriormente se emitirá un video resumen de todo ello con un caso práctico, para finalizar con prácticas dirigidas de la realización de una correcta RCP. Posteriormente se realizarán talleres prácticos donde se instruirá a los alumnos en la correcta técnica de RCP. Para ello se dividirán en 3-4 grupos, estando al cargo de cada uno de ellos un docente del centro de salud. Finalmente, se realizará breve examen teórico, tanto previo como posterior a dicha actividad, para comprobar la fijación de los conceptos transmitidos y se les otorgará a cada alumno Diploma simbólico donde se acredita que han finalizado con éxito dicha actividad. Se pasará encuesta de satisfacción.
- 3ª Reunión, con el fin de realizar la evaluación final e impacto del programa formativo teórico-práctico

INDICADORES

- % colegios que participan en los talleres: >80%
- % alumnos que participan en los talleres: >80%
- % alumnos que aprueban el test de evaluación final: >90%
- % profesores que aprueban el test de evaluación final: >90%

DURACIÓN

- Abril 2018: 1ª reunión del grupo de mejora, con objeto de redacción del presente proyecto.
- Mayo-Junio 2018: contacto de la persona responsable del proyecto con los distintos centros educativos y exposición del proyecto.
- Septiembre 2018: contestación de participación de centros educativos en el proyecto.
- Septiembre 2018: 2ª reunión, para delimitar tareas.
- Desarrollo de los talleres teórico-prácticos en centros educativos. La fecha dependerá del calendario escolar del año 2018/19.
- 3ª reunión, tras fin de talleres en todos los centros. Redacción de memoria y conclusiones.

OBSERVACIONES

En dependencia de la disponibilidad de aulas y del número de alumnos, se ajustarán los números de talleres a realizar, así como las fechas de los mismos. Dependemos en gran medida del calendario escolar.

Antigua línea:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0533

1. TÍTULO

TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA PARA ALUMNOS DE LOS COLEGIOS PUBLICOS CONCERTADOS DE 6º PRIMARIA DE CALATAYUD

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 - 2018/0567

1. TÍTULO

MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, MEDIANTE LA ELABORACION Y CONTROL DE NORMAS PARA LA GESTION DEL SERVICIO

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE SUSANA PIQUERAS LORIENTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORCAL CASADO MARIA ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-FEBRERO 2018- Exposición del proyecto a todo el personal, en una reunión de equipo.
-Solicitud de estupefacientes (Morfina y Dolantina) Elaboración de norma de ubicación y control.
-MAYO 2018-Elaboración de catalogo de actividades de urgencias.

-Elaboración de la hoja control, donde se recoge la actividad a realizar, quien la tiene que realizar y la firma de la persona que la realiza. Con un apartado para cualquier observación de mejora o de incidencia en el control

-Elaboración de planilla con el calendario anual para la solicitud de pedido de material sanitario y medicación.

-JUNIO 2018-Reunión de enfermeras y aux de enfermería para presentar los registros de las actividades.

-Se informa de la puesta en marcha del proyecto al Coordinador médico para que lo comunique al resto de MAP, SUAP y MAC para su conocimiento y colaboración.

- JUNIO 2018 - Se realiza un taller para todo el personal sanitario sobre carro de paradas y medicación. Incluido material de ventilación e intubación. Y localización de todo el material.

JUNIO-JULIO- Valoración de hojas de registro de firmas y cumplimentación de actividades.

SEPTIEMBRE- Reunión de enfermería y aux de enfermería exponiendo la evolución del proyecto y corrección de fallos.

OCTUBRE- Se realiza taller de RCP básica dirigido a personal no sanitario y aux de enfermería.

OCTUBRE- Taller dirigido a todo el personal sobre uso de DEAS y presentación de los modelos que tenemos en el servicio, con sus normas de mantenimiento.

NOVIEMBRE - Elaboración de los stocages del material que debe de haber en el servicio tanto en fungible como medicación.

SEPTIEMBRE-DICIEMBRE - Valoraciones trimestrales de las hojas de firma y registro de actividades

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la primera evaluación después de los dos meses de su puesta en marcha, se detecta falta de registro de actividades y firma y solicitudes de material al servicio de almacén (Según lo marca el calendario de pedidos). Después de una nota recordatoria esto se subsana, según se constata en las evaluaciones trimestrales.

-En el indicador de registro de actividad nos marcamos como objetivo 80% y se ha conseguido un

93,45%

-En los indicadores de formación el resultado ha sido:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0567

1. TÍTULO

MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, MEDIANTE LA ELABORACION Y CONTROL DE NORMAS PARA LA GESTION DEL SERVICIO

Formación sobre carro paradas- Objetivo 80% Alcanzado-87%

RCP Básica para personal no sanitario- Objetivo 80% Alcanzado-66,6%

Taller uso DEAS - Objetivo 80% Alcanzado-89,28%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-La elaboración de normas de organización y funcionamiento y el control de su cumplimiento mediante el registro de firmas crea un hábito en el personal del Servicio de Urgencias que conducen a una mayor implicación y responsabilidad.

Todo ello ha repercutido en:

Mejorar el orden y limpieza del servicio.

Realizar solicitudes de material y medicación de forma racional y acorde a las previsiones de consumo.

Aumentar la seguridad clínica del paciente con un mejor control y vigilancia de caducidades.

Aumentar la seguridad clínica del paciente con el control y vigilancia correcto de desfibriladores, aspiradores, balas de oxígeno, pulsiosímetros, nebulizadores, termómetros etc.

Conocimiento por parte del personal de nueva incorporación de la existencia de normas y rutina de control.

Mejor formación e información del personal no sanitario en cuanto a maniobras de RCP y uso de desfibriladores.

Mejor información de los profesionales sanitarios que no realizan atención continuada de la localización de todo el material en caso de necesitarlo ante una urgencia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/567 ===== ***

Nº de registro: 0567

Título
MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, MEDIANTE LA ELABORACION Y CONTROL DE NORMAS PARA LA GESTION DEL SERVICIO

Autores:
PIQUERAS LORIENTE SUSANA, TORCAL CASADO MARIA ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a las características del Servicio de Urgencias del Centro de Salud Calatayud Norte:
Por una parte la gran variabilidad y rotación del personal que presta sus servicios: equipo de Atención Primaria, SUAP, refuerzos del Centro de Salud y del Sector, personal sustituto y personal de mañanas que realiza la atención urgente.
Por otra parte la ausencia de normas y de manual de organización y funcionamiento referentes al control de material fungible, medicación y aparataje, conducen a una situación de falta de implicación y de asunción de responsabilidad de dichos profesionales que pueden derivar en un deficiente funcionamiento del servicio.
Ante esta situación consideramos preciso realizar una intervención sobre normas de la gestión del Servicio de Urgencias con el fin de mejorar la calidad de asistencia y seguridad del paciente atendido.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos del proyecto van enfocados a mejorar la gestión del servicio y a aumentar la seguridad clínica del paciente, mediante la realización de diferentes actividades.
Formar al 80% del personal de equipo, Suap y refuerzos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0567

1. TÍTULO

MEJORAR LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, MEDIANTE LA ELABORACION Y CONTROL DE NORMAS PARA LA GESTION DEL SERVICIO

Cumplimentación de actividades en un 80%

MÉTODO

Designación de las actividades diarias a realizar por el personal de guardia y auxiliar de enfermería encargada del servicio, y registro de las mismas.
Elaboración de stocage de material fungible y medicación.
Elaboración de un calendario para la solicitud de pedidos.
Elaboración de un cuadro resumen para colgar en las consultas del servicio y que sirvan de recordatorio de las actividades a realizar cada día.
Reuniones (Con registro de firmas) para el personal del equipo, Suap y refuerzos para dar a conocer el proyecto y sus actividades, así como el sistema de registro.
Talleres dirigidos al personal que no hace guardias para mostrar la ubicación del material y medicación con el fin de facilitar la asistencia en caso de una urgencia.
Talleres para todo el personal sobre el uso de nuestros desfibriladores y del material de ventilación e intubación.
Talleres de RCP básica para personal no sanitario y aux de enfermería.
Talleres de RCP avanzada par médicos y enfermeras.
Se realizará una valoración mensual los tres primeros meses de su puesta en marcha y posteriormente se realizarán valoraciones trimestrales.
Realización de charlas recordatorias de refuerzo en función de los resultados de las valoraciones.

INDICADORES

La evaluación se realizará mediante la valoración de la hoja de actividades con el control de firma de haber realizado la actividad.
Mediante hoja de control de firma de haber realizado la formación.
Los indicadores son de resultado:

Nº de personas formadas
----- X 100
Nº de personas de plantilla

Nº de días con registro de actividades
----- X 100
Nº total de días

DURACIÓN

Elaboración de calendario de pedidos, normas, actividades diarias, hoja de firmas y cuadro resumen. ABRIL -MAYO 2018
Reunión informativa JUNIO 2018
Realización de talleres A LO LARGO DE 2018
Valoraciones mensuales JUNIO-JULIO 2018 y posteriormente TRIMESTRAL
Evaluación del proyecto DICIEMBRE 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 - 2018/0585

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA AUMENTAR EL REGISTRO DE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 04/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA ANTONIA UBIDE MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD NORTE
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO TEJERO ANTONIO
PEREZ SANZ EVA
PARRILLA GIL MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REUNIÓN EQUIPO DE MEJORA PARA ANÁLISIS DE CAUSAS:15-05-2018

REUNIÓN EQUIPO DE MEJORA PARA PROPUESTA DE MEDIDAS CORRECTORAS Y ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES:22-05-2018

REUNIÓN CON FARMACÉUTICA DE SECTOR PARA RECABAR INFORMACIÓN SOBRE PACIENTES EPOC CON TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:06-06-2018

REUNIÓN CON NEUMÓLOGOS DE ZONA PARA INTENTAR CAPTAR RESULTADOS DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS DEN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA:02-11-2018

REUNIÓN INFORMATIVA CON LOS MÉDICOS DE CENTRO DE SALUD PARA COMUNICARLES EL MÉTODO DE RECEPCIÓN Y REGISTRO DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS TANTO EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO EN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA:03-11-2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se ha realizado medición porque alguna de las medidas correctoras se ha iniciado tras el acuerdo con especializada en mes de Noviembre,por lo que se continuará con el proyecto durante el año 2019
Queda pendiente sesión de formación en cuanto a interpretación de espirometrías por parte de Neumólogos de zona.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El EAP debe continuar insistiendo en la capacitación de pacientes con hábito tabáquico, en la realización de el espirometría y en el registro de resultados .

7. OBSERVACIONES.

Con motivo de la última convocatoria de movilidad voluntaria, la responsable del equipo de mejora ya no pertenece al EAP Calatayud Norte desde 05-11-2018, por lo que en próximas fechas se designará nuevo responsable.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/585 ===== ***

Nº de registro: 0585

Título
PROYECTO DE MEJORA PARA AUMENTAR EL REGISTRO DE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD

Autores:
UBIDE MARTINEZ MARIA ANTONIA, NAVARRO TEJERO ANTONIO, PEREZ SANZ EVA, PARRILLA GIL MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

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 - 2018/0585

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA AUMENTAR EL REGISTRO DE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD

PROBLEMA

La prevalencia de la EPOC en España es del 10,2% de la población (el 15,1% en varones y el 5,7% en mujeres) de entre 40 y 80 años, según determinó el estudio EPI-SCAN (Epidemiologic Study of COPD in Spain) en 2007, que continúa siendo el último gran estudio epidemiológico realizado sobre esta enfermedad en España. La EPOC se caracteriza también por un importante infradiagnóstico, cifrado en el 73% en la población española, por el mismo estudio EPI-SCAN. Tras la evaluación de los indicadores de acuerdos de gestión del año 2017 en el EAP Calatayud Norte, hemos detectado la escasa evolución en los últimos dos años en nuestro Centro en cuanto al indicador "razón entre prevalencia de EPOC registrada en relación a la prevalencia estimada en el estudio EPI-SCAN (>0,6-1)". El porcentaje de mejora de dicha razón en 2017 ha sido de 3,12%. Suponemos que además de los casos no diagnosticados debemos de considerar aquellos en los que el registro no se ha realizado correctamente. Es por ese motivo que iniciamos el presente proyecto de mejora para analizar las causas e iniciar las medidas correctoras con el objetivo de acercar los resultados a los esperados para la población asignada a nuestro Centro.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Analizar las posibles causas de los malos resultados del indicador PREVALENCIA DE EPOC.
2. Mejorar en la detección de pacientes con hábito tabáquico y potenciales pacientes con EPOC.
3. Aumentar el número de espirometrías, para conseguir mejorar el diagnóstico de EPOC en potenciales pacientes por edad y hábito tabáquico.
4. Mejorar la recaptación de pacientes diagnosticados y en seguimiento por especialista.
5. Garantizar la capacitación de los profesionales del EAP para la interpretación de las espirometrías.
6. Mejorar el registro de EPOC en OMI.

MÉTODO

1. Reunión del Equipo de Mejora para analizar las causas de los malos resultados del indicador PREVALENCIA DE EPOC y proponer medidas correctoras.
2. Iniciar procedimiento de comunicación con especialista para compartir resultados espirométricos, con la intención de no duplicar pruebas, en ocasiones de especial dificultad en algunos pacientes.
3. Organizar sesiones formativas para los profesionales en relación con:
 - Detección y registro de pacientes con hábito tabáquico.
 - Criterios para realización de espirometrías con el fin de detectar pacientes con EPOC.
 - Interpretación de espirometrías.
 - Registro de EPOC en OMI.

INDICADORES

INDICADORES:

Conseguir una mejora en el resultado del indicador " razón entre prevalencia registrada de EPOC y prevalencia estimada" entre 3,5-4%, el mismo propuesto por el EAP para el año 2018.

EVALUACIÓN:

La evaluación del indicador coincidirá con la evaluación del contrato de gestión del año 2018.

FUENTE DE DATOS:

Cuadro de mandos del Programa OMI-AP

DURACIÓN

INICIO: Mayo de 2018.

DURACIÓN: Año 2018 hasta evaluación del contrato de gestión.

1. Reunión del equipo de mejora para análisis de causas, propuesta de medidas correctoras y asignación de responsabilidades: primera quincena de Mayo.
2. Primera sesión formativa con los profesionales del EAP para establecer criterios para realización de espirometrías, diagnóstico y registro de EPOC: tercera semana de Mayo.
3. Segunda sesión formativa sobre interpretación de espirometrías: cuarta semana de Mayo.
4. Primera evaluación de resultados: primera quincena de Septiembre.
5. Sesión formativa para informar a los profesionales sobre la evolución del plan de mejora: primera quincena de Septiembre.

OBSERVACIONES

EL INDICADOR SOBRE EL QUE SE PROPONE EL PLAN DE MEJORA SE PRESENTA EN LOS ACUERDOS DE GESTIÓN COMO UNA RAZÓN DE PREVALENCIA Y UN OBJETIVO EN NÚMEROS ABSOLUTOS

EN LA EVALUACIÓN DE 2017 LOS RESULTADOS SE NOS PRESENTAN COMO PORCENTAJE DE MEJORA

ES POR ESO QUE EL OBJETIVO QUE SE PROPONE EN EL PRESENTE PROYECTO, SE PRESENTA TAMBIÉN EN FORMA DE PORCENTAJE DE MEJORA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0585

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA AUMENTAR EL REGISTRO DE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALATAYUD

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 - 2018/0226

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DIABETICO A TRAVES DEL PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TIRAS REACTIVAS

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE CARMEN SOLANS PIQUERAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALATAYUD SUR
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIL MOSTEO MARIA JOSE
BERNAL GARCIA PILAR
SANMATIN FLORENZA MARIA LAURA
MOROS SANZ ESTHER
DE LA OSA FONDON JUAN JOSE
GRANERO BERLANGA NICOLAS
DE LUCAS BARQUERO ARIADNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con la realización de este proyecto de calidad se plantearon varios objetivos: El primero de ellos era formar a todos los profesionales del Centro de Salud de Calatayud Sur para la correcta cumplimentación y el conocimiento del circuito del Anexo I del protocolo PO-02-8_CA(P)E. Otro de los objetivos a conseguir con este proyecto era unificar el procedimiento y la distribución de material de autoanálisis. Con la cumplimentación de este Anexo se pretende conseguir otro objetivo que es afianzar entre los profesionales del Centro de Salud el programa para la gestión de suministro y control del material de autoanálisis y con ello mejorar la seguridad del paciente tanto en el inicio como en el ajuste de tratamiento, que sería el último de los objetivos planteados en el proyecto. Durante el año 2018 hemos realizado distintas actividades para llevar a cabo los objetivos que nos planteamos. En el primer trimestre del año 2018 se hicieron dos reuniones para explicar el proyecto de calidad a los compañeros. En estas reuniones se explicó la importancia de tener una base de datos con los diabéticos que precisaran material de autoanálisis para que, a la hora de hacer los pedidos del material necesario, no tuviéramos problemas de suministro por no llegar al stock necesario. Para poder realizar esta base de datos se distribuyó a cada profesional la documentación autorizada para ello y dónde se podía encontrar. También formamos a los profesionales para la correcta cumplimentación del Anexo I del protocolo PO-02-8_CA(P)E de "Solicitud de tiras reactivas para autoanálisis de glucemia capilar" y se explicó el correcto circuito para la aprobación de la solicitud por parte de la Farmacia de Atención Primaria. Creímos importante también que cada profesional re visara las Historias clínicas de los pacientes para la detección de cambios en el tratamiento y motivos de inestabilidad de la enfermedad. (Inicio o cambio de tratamiento, glucemia fuera de objetivos, enfermedades intercurrentes, asociación de fármacos hiperglucemiantes, cambio de situación o de actividad). Con esta revisión se pretendía detectar y registrar los pacientes con cambios de situación clínica o ajuste de tratamiento. Dentro de las actividades planteadas se incluyó también la cumplimentación del "PCE- Conocimientos Deficientes" por los profesionales de enfermería para valorar el nivel de conocimientos de los pacientes relacionados con la enfermedad. En este protocolo los profesionales de enfermería indagaban, afianzan y valoran los conocimientos de los pacientes diabéticos, y en el caso de diabéticos que precisen material de autoanálisis, se valora también el buen uso de los aparatos de autocontrol, las zonas de punción... Una vez hecho esto, en el último trimestre del año 2018, se realizó y analizó una base de datos con todos los pacientes diabéticos del Centro de Salud de Calatayud Sur. En esta base de datos se recoge: el nombre del paciente, si ha habido cambios durante el año en su tratamiento o en su situación clínica, cual debería de ser la frecuencia con la que el paciente se hiciera un autocontrol (según el tipo de diabetes, el tipo de tratamiento, su situación clínica...), cuando hay que volver a revisar la solicitud (anualmente si no hay cambios) y si está bien cumplimentado por parte de los profesionales de enfermería el "PCE- Conocimientos Deficientes" durante el año 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. % de profesionales que asisten a la reunión informativa:
Las dos reuniones informativas para la realización del proyecto de calidad se llevaron a cabo en el primer trimestre del año 2018. El objetivo que nos planteamos era que, por lo menos un 90% del equipo participara en esta reunión informativa. Se consiguió un 70% de asistencia de los profesionales sanitarios.
2. Participación del 90%, como mínimo, del personal sanitario del Centro de Salud de Calatayud Sur.
En este proyecto de calidad se pedía la colaboración de todos los profesionales sanitarios del Centro de Salud, ya que consideramos que es importante conocer los cambios de tratamiento y de situación clínica de cada paciente por parte de cada uno de los profesionales.
La participación que se pretendía conseguir era de un 90%, se ha llegado a un 85 %. En el equipo de Calatayud Sur hay un total de 20 profesionales, 9 enfermeras y 11 médicos. Han participado 17 profesionales.
Los profesionales de enfermería han participado un 100%, es decir los 9 integrantes del equipo de enfermería. Mientras que los profesionales de medicina han participado un 72,7 % representando este % a 8 profesionales médicos.
3: % de solicitudes de tiras reactivas bien cumplimentadas por los profesionales (nº de solicitudes correctas sobre el total de solicitudes)
En el intervalo de tiempo de enero a diciembre de 2018, se realizaron 117 solicitudes de tiras reactivas para el autoanálisis de la glucemia capilar en el EAP de Calatayud sur.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0226

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DIABETICO A TRAVES DEL PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TIRAS REACTIVAS

Fueron aceptadas por parte de Farmacia de Atención Primaria 108 solicitudes de 117, es decir un 92,30%. De las 117 solicitudes realizadas, 14 solicitudes fueron rechazadas, es decir un 11,9 %. Posteriormente a ser rechazadas, desde Farmacia de AP se informó al profesional de enfermería responsable de la solicitud rechazada para que procediera a su corrección de acuerdo a las pautas indicadas en el Anexo I del protocolo PO-02-8_CA(P)E. De las 14 solicitudes rechazadas, 5 solicitudes fueron corregidas, es decir, un 4.10%. Por lo tanto en 2018, 9 solicitudes fueron rechazadas, es decir, un 7,6%.

4. % de pacientes clasificados como inestables según criterios de protocolo partido por el total de pacientes que precisan tiras de glucemia.

De los 117 pacientes incluidos en nuestra base de datos que precisan tiras de glucemia para autoanálisis, 53 de ellos los hemos clasificado como pacientes en situación estable, y 64 de ellos están clasificados como pacientes en situación inestable. Nos referimos a un paciente en situación inestable cuando ha iniciado o ha cambiado de tratamiento, las glucemias están fuera de los objetivos marcados, hay enfermedades intercurrentes, hay una asociación de fármacos hiperglucemiantes o hay un cambio de situación a actividad.

Estos 64 pacientes representan un total de un 54,70 % de los pacientes que precisan material para autoanálisis. Los pacientes clasificados como estables, 53, son un 45,29 % del total.

5. % de pacientes incluidos en el programa que tiene cumplimentado "Conocimientos Deficientes en Diabetes" Este apartado lo consideramos de gran importancia porque es el que nos permite registrar correctamente en OMI-AP todos los cambios en la enfermedad, conocimientos del paciente en cuestión de dieta, ejercicio, cuidados del pie, técnica de punción, uso del aparato de autoanálisis..

"Conocimientos Deficientes en Diabetes" es un protocolo que permite registro en todos los diabéticos que pertenecen al Centro de Salud de Calatayud Sur. En nuestro centro, según cartera de servicios a diciembre de 2018, tenemos inscritos 411 diabéticos, de los cuales, 104 (13 menos que al inicio del proyecto) necesitan material para autocontrol.

En diciembre de 2018, se han revisado las Historias Clínicas de cada uno de los pacientes incluidos en el proyecto, un total de 100 pacientes. En este punto excluimos a los pacientes pediátricos ya que ellos no están incluidos en "Conocimientos Deficientes en Diabetes". De los 100 pacientes, 52 tienen bien cumplimentado durante el año 2018, el apartado de "Conocimientos Deficientes en Diabetes" en los planes personales, es decir un 52%. Este objetivo no ha sido alcanzado por los profesionales que deben cumplimentarlo, ya que se pretendía llegar a un mínimo de un 80%.

Creemos importante incidir en el correcto registro del protocolo, ya que nos permite saber, a lo largo del año, en qué debemos incidir más, corregir o aportar refuerzos positivos o conocimientos en nuestros pacientes

6. Registro de los pacientes con cambios en el tipo de tratamiento antidiabético y el grado de estabilidad de la enfermedad.

En diciembre de 2018 de los 104 pacientes que formaban parte de nuestro proyecto de calidad, 6 de estos pacientes necesitaron un cambio de tratamiento a lo largo del año 2018. Esto representa un 6,7% del total de nuestros pacientes.

Hemos registrado en nuestra base de datos los cambios de tratamiento de los 6 pacientes, así que hemos alcanzado el 100% de este registro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos respetado la duración del proyecto (año 2018) y el calendario previsto. No obstante creemos que este proyecto necesita continuidad en el tiempo y en el año 2019 se volverán a cumplimentar las solicitudes para el autocontrol a la Farmacia de Atención Primaria de los pacientes que lo necesiten.

La conclusión a la que hemos llegado tras la realización de este proyecto de calidad es que tenemos a más de la mitad de nuestros pacientes, un 54,70%, que necesitan material para autocontrol en una situación Inestable de la enfermedad con todos los riesgos que esto lleva para su propia salud.

Es importante también que los profesionales de enfermería registremos en OMI-AP "PCE- Conocimientos Deficientes" para valorar el nivel de conocimientos de los pacientes relacionados con la enfermedad, así podremos indagar, afianzar y valoran los conocimientos de los pacientes diabéticos, y en el caso de diabéticos que precisen material de autoanálisis, se valora también el buen uso de los aparatos de autocontrol, la frecuencia con la que se deben hacer un autocontrol, las zonas de punción...

7. OBSERVACIONES.

Hemos observado también, según los datos de nuestro registro en la base de datos de 2018, que se necesitarían, mensualmente, un total de, aproximadamente unas 5000 tiras de tiras de autocontrol NIPRO, 1000 tiras de autocontrol ACCU-CHECK, 30 tiras de autocontrol para invidentes y 250 tiras de autocontrol MEDITRONIC. Anualmente son 60000 tiras de NIPRO, 12000 de ACCU-CHECK, 360 para invidentes y 3000 tiras MEDITRONIC.

Con la ayuda de las responsables de almacén (material fungible) hemos observado con estas cifras y comparándolas con el material recibido en el año 2018, que muchos de nuestros pacientes no se hacen los autocontroles con la regularidad que su tipo de tratamiento aconseja. Por lo tanto, es importante que nosotros como profesionales de la salud, estemos atentos a todo lo relacionado con los cambios de situación de nuestros pacientes para su seguridad.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/226 ===== ***

Nº de registro: 0226

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0226

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DIABETICO A TRAVES DEL PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TIRAS REACTIVAS

Título
MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DIABETICO A TRAVES DEL PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TIRAS REACTIVAS

Autores:
SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN, GIL MOSTEO MARIA JOSE, GRANERO BERLANGA NICOLAS, DE LA OSA FONDON JUAN JOSE, MOROS SANZ ESTHER, BERNAL GARCIA PILAR, SANMARTIN FLORENZA MARIA LAURA, DE LUCAS BARQUERO ARIADNA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A principio de 2107 se observó en nuestro centro un desajuste entre el número de tiras disponibles y las demandadas por nuestros pacientes. Cada profesional del equipo de Calatayud Sur inició una actualización de registro de sus pacientes diabéticos con necesidad de material de autoanálisis. En este nuevo año se han detectado errores en la cumplimentación por parte de los profesionales de la "Solicitud de tiras reactivas para autoanálisis de glucemia capilar" de acuerdo con el Anexo I del protocolo PO-02-8_CA(P)E. La importancia del proyecto es afianzar y poner en conocimiento entre los profesionales la correcta cumplimentación de la solicitud para facilitar el seguimiento y registro de material entregado así como revisar en nuestros pacientes los posibles cambios en sus tratamientos gestionando el material de forma eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Formar a todos los profesionales del Centro de Salud de Calatayud Sur para la correcta cumplimentación y el conocimiento del circuito del Anexo I del protocolo PO-02-8_CA(P)E.
2. Unificar el procedimiento y distribución de material de autoanálisis.
3. Afianzar entre los profesionales el programa para la gestión de suministro y control del material de autoanálisis.
4. Mejorar la seguridad del paciente tanto en el inicio como en el ajuste de tratamiento.

MÉTODO
-Reunión general para informar del proyecto a los profesionales.
-Distribución de la documentación autorizada y dónde encontrarla.
-Formación de los profesionales para la correcta cumplimentación del Anexo I del protocolo PO-02-8_CA(P)E de "Solicitud de tiras reactivas para autoanálisis de glucemia capilar".
-Realización por parte de los profesionales del correcto circuito para la aprobación, por parte de la Farmacia de AP, de la solicitud.
-Revisión de las Historias clínicas de los pacientes para la detección de cambios en el tratamiento y motivos de inestabilidad de la enfermedad. (Inicio o cambio de tratamiento, glucemia fuera de objetivos, enfermedades intercurrentes, asociación de fármacos hiperglucemiantes, cambio de situación o de actividad).
-Registro de pacientes con cambios de situación clínica o ajuste de tratamiento.
-Cumplimentación del "PCE- Conocimientos Deficientes" por los profesionales de enfermería para valorar el nivel de conocimientos de los pacientes relacionados con la enfermedad.

INDICADORES
OBJETIVO DEL 1 AL 3: % de profesionales que asisten a la reunión informativa:
Valor a alcanzar: 100%
Límite inferior: 90%
Límite superior: 100%
Periodo de evaluación: abril 2018
OBJETIVO DEL 1 AL 3: Participación del 90%, como mínimo, del personal sanitario del Centro de Salud de Calatayud Sur.
OBJETIVO DEL 1 AL 3: % de solicitudes de tiras reactivas bien cumplimentadas por los profesionales (nº de solicitudes correctas sobre el total de solicitudes)
Valor a alcanzar: 70%
Límite inferior: 50%
Límite superior: 70 %
Periodo de evaluación: junio 2018
OBJETIVO 4: % de pacientes clasificados como inestables según criterios de protocolo partido por el total de pacientes que precisan tiras de glucemia.
Valor a alcanzar: 60%
Límite inferior: 40%
Límite superior: 80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0226

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DIABETICO A TRAVES DEL PROTOCOLO DE SOLICITUD DE TIRAS REACTIVAS

Periodo de evaluación: junio 2018

OBJETIVO 4: % de pacientes incluidos en el programa que tiene cumplimentado "Conocimientos Deficientes en Diabetes"

Valor a alcanzar: 80%

Límite inferior: 80%

Límite superior: 100%

Periodo de evaluación: anual

OBJETIVO 4: Registro de los pacientes con cambios en el tipo de tratamiento antidiabético y el grado de estabilidad de la enfermedad.

Valor a alcanzar: 80%

Límite inferior: 80%

Límite superior: 100%

Periodo de evaluación: anual

DURACIÓN

-Fecha prevista de inicio: Abril de 2018

Reunión general

Distribución de documentación.

-1ra. Autoevaluación: Junio 2018

Solicitudes bien cumplimentadas por los profesionales de Calatayud Sur.

-Fecha prevista finalización: Diciembre 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 - 2018/0252

1. TÍTULO

IMPORTANCIA CLINICA DEL DIAGNOSTICO DE LA HTA NOCTURNA MEDIANTE EL MAPA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA GALVEZ VILLANUEVA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD SUR
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DIGON SANMARTIN LUIS
BERNAD HERNANDO SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Primer y segundo trimestres:

La agenda para la citación de los pacientes fue creada en marzo del 2017, siendo utilizada por los miembros del EAP.

Sesión clínica formativa para los miembros del EAP: febrero 2018.

Realizar formación continuada con los miembros del EAP mediante presentación de casos clínicos y exposición de las actuaciones clínicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, que se hayan podido derivar de las pruebas realizadas con el MAPA.

Tercer trimestre: evaluación intermedia de los resultados.

Análisis de los resultados en diciembre del 2018.

Material utilizado: Elaboración de una ficha para la recogida de los datos de historia farmacológica, horario de toma de la medicación, a través de la hoja de prescripción farmacológica de la historia clínica informatizada de cada paciente. También se recogen los datos de antecedentes médicos asociados: HTA, diabetes, dislipemia, enfermedad renal crónica, tabaquismo, índice de masa corporal. A partir de la historia clínica de OMI de cada paciente.

Descripción del perfil de MAPA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- OBJETIVO: NÚMERO DE PACIENTES HIPERTENSOS EN LOS QUE SE REALIZA MAPA Y SE DIAGNOSTICA HTA NOCTURNA AISLADA Y ASOCIADA A HTA DIURNA.

INDICADOR 1: %PACIENTES HIPERTENSOS CON MAPA REALIZADO EN LOS QUE SE DIAGNOSTICA HTA NOCTURNA Y DIURNA: Resultado obtenido 70%.

Valor a alcanzar: 60% (según datos estudio MAPAPRES de la SEHLELHA)

L.I: 50%

L.S: 70%

INDICADOR 2: %PACIENTES HIPERTENSOS CON MAPA REALIZADO EN LOS QUE SE DIAGNOSTICA HTA NOCTURNA AISLADA: Resultado obtenido 20%.

Valor a alcanzar: 16% (según datos estudio MAPAPRES de la SEHLELHA)

L.I.: 10%

L.S: 20%

2.- OBJETIVO: IDENTIFICAR LOS PACIENTES CON PERFIL DE MAPA CON MAYOR RIESGO CARDIOVASCULAR: Resultado obtenido 46,6%.

INDICADOR 1: %PACIENTES HIPERTENSOS CON PATRÓN NO DIPPER:

Valor a alcanzar 49%

L.I: 39%.

L.S: 59%

INDICADOR 2: %PACIENTES CON PATRÓN RISER: Resultado obtenido 10%.

Valor a alcanzar 9%

L.I: 5%

L.S: 15%

INDICADOR 3. %PACIENTES CON PATRÓN DIPPER EXTREMO: Resultado obtenido 20%.

Valor a alcanzar 2%

L.I: 0%.

L.S: 5%

INDICADOR 4: %PACIENTES CON PATRÓN DIPPER (PATRÓN FISIOLÓGICO): Resultado obtenido 23,3%.

Valor a alcanzar 39%

L.I: 29%

L.S: 49%

3.- OBJETIVO: DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA TOMA DE MEDICACIÓN ANTIHIPERTENSIVA

INDICADOR 1: % DE PACIENTES QUE TOMAN LA MEDICACIÓN POR LA MAÑANA: Resultado obtenido 83,3%.

Valor a alcanzar: 40%

LI: 30%

LS: 50%

INDICADOR 2: % DE PACIENTES QUE TOMAN LA MEDICACIÓN POR LA NOCHE: Resultado obtenido 4,2%.

Valor a alcanzar: 30%

LI: 20%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0252

1. TÍTULO

IMPORTANCIA CLINICA DEL DIAGNOSTICO DE LA HTA NOCTURNA MEDIANTE EL MAPA

LS: 40%
INDICADOR 3: % DE PACIENTES QUE TOMAN LA MEDICACIÓN MAÑANA Y NOCHE: Resultado obtenido 12,5%.
Valor a alcanzar: 30%
LI: 20%
LS: 40%
4.- OBJETIVO: % DE PACIENTES EN LOS QUE SE MODIFICA SU TRATAMIENTO TRAS LA REALIZACIÓN DEL MAPA : Resultado obtenido 83,3%.
Valor a alcanzar: 50%
LI: 30%
LS: 70%

5.- OBJETIVO: % DE PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA MAPA QUE TIENE CUMPLIMENTADO EL APARTADO DE CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: Resultado obtenido 56,6%.
Valor a alcanzar: 80%
LI: 70%
LS: 90%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Sería preciso, en la medida de lo posible, realizar MAPA en la población hipertensa a fin de identificar su patrón circadiano y etiquetar a aquellos pacientes que presentan HTA nocturna, independientemente de otros parámetros, siendo estos pacientes los de mayor riesgo cardiovascular (RCV).
Identificar a los pacientes con perfil de MAPA con mayor RCV: riser, no dipper y dipper extremo.
Esto nos permitiría ajustar el tratamiento farmacológico al perfil circadiano del paciente, estableciendo la hora u horas idóneas de administrar el o los fármacos antihipertensivos.
Es una herramienta útil que nos ayuda a la mejora del control y prevención de eventos cardiovasculares graves en pacientes de riesgo. Se trata de un proyecto a largo plazo, puesto que el beneficio que se puede derivar de las modificaciones farmacológicas, se ve en el continuo de los cuidados médicos e higienicodietéticos que nuestros pacientes precisan a lo largo de su vida, ya que se trata de enfermedades crónicas que aumentan su prevalencia con la edad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/252 ===== ***

Nº de registro: 0252

Título
IMPORTANCIA CLINICA DEL DIAGNOSTICO DE LA HTA NOCTURNA MEDIANTE EL MAPA

Autores:
GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA, DIGON SANMARTIN LUIS, BERNAD HERNANDO SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Enfermedades del sistema circulatorio

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Numerosos estudios han demostrado que la presión arterial (PA) ambulatoria estima de forma más precisa y con mayor reproducibilidad el riesgo cardiovascular (RCV) y la lesión de órgano diana (LOD) que la PA clínica. Las últimas evidencias apuntan que el valor ambulatorio de presión arterial nocturna es el mejor predictor de enfermedad cardiovascular (ECV) de forma independiente a los valores de presión arterial ambulatoria diurna en pacientes hipertensos.
Los primeros datos que tenemos sobre prevalencia de HTA nocturna provienen del registro de monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPAPRES) de la SEHLELHA, en el que en una cohorte de 33820 hipertensos tratados, la prevalencia de HTA nocturna fue del 60,8% y un 16,3% presentaron hipertensión nocturna aislada (HNA).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0252

1. TÍTULO

IMPORTANCIA CLINICA DEL DIAGNOSTICO DE LA HTA NOCTURNA MEDIANTE EL MAPA

RESULTADOS ESPERADOS

Será preciso, en la medida de lo posible, realizar MAPA en la población hipertensa a fin de identificar su patrón circadiano y etiquetar a aquellos pacientes que presentan HTA nocturna, independientemente de otros parámetros, siendo estos pacientes los de mayor riesgo cardiovascular (RCV).
Identificar a los pacientes con perfil de MAPA con mayor RCV: riser, no dipper y dipper extremo.
Esto nos permitiría ajustar el tratamiento farmacológico al perfil circadiano del paciente, estableciendo la hora u horas idóneas de administrar el o los fármacos antihipertensivos.

MÉTODO

Registro presión arterial ambulatoria mediante MAPA (monitorización ambulatoria de la presión arterial) durante 24 horas a pacientes adultos diagnosticados de HTA, mediante la colocación de un monitor de presión arterial.
Registro del horario de la toma de la medicación antihipertensiva, a través de la hoja de prescripción farmacológica de la historia clínica electrónica de cada paciente.
Realización y registro de las actividades de enfermería sobre conocimiento deficientes de los pacientes hipertensos.
Dar sesiones clínicas formativas a los miembros del EAP.
Dar sesiones de casos clínicos y exposición de resultados a los miembros del EAP.
Evaluación intermedia de los resultados.

INDICADORES

1.- OBJETIVO: NÚMERO DE PACIENTES HIPERTENSOS EN LOS QUE SE REALIZA MAPA Y SE DIAGNOSTICA HTA NOCTURNA AISLADA Y ASOCIADA A HTA DIURNA.

INDICADOR 1: %PACIENTES HIPERTENSOS CON MAPA REALIZADO EN LOS QUE SE DIAGNOSTICA HTA NOCTURNA Y DIURNA:

Valor a alcanzar: 60% (según datos estudio MAPAPRES de la SEHLELHA)

L.I.: 50%

L.S.: 70%

INDICADOR 2: %PACIENTES HIPERTENSOS CON MAPA REALIZADO EN LOS QUE SE DIAGNOSTICA HTA NOCTURNA AISLADA.

Valor a alcanzar: 16% (según datos estudio MAPAPRES de la SEHLELHA)

L.I.: 10%

L.S.: 20%

2.- OBJETIVO: IDENTIFICAR LOS PACIENTES CON PERFIL DE MAPA CON MAYOR RIESGO CARDIOVASCULAR:

INDICADOR 1: %PACIENTES HIPERTENSOS CON PATRÓN NO DIPPER:

Valor a alcanzar 49%

L.I.: 39%.

L.S.: 59%

INDICADOR 2: %PACIENTES CON PATRÓN RISER:

Valor a alcanzar 9%

L.I.: 5%

L.S.: 15%

INDICADOR 3. %PACIENTES CON PATRÓN DIPPER EXTREMO:

Valor a alcanzar 2%

L.I.: 0%.

L.S.: 5%

INDICADOR 4: %PACIENTES CON PATRÓN DIPPER (PATRÓN FISIOLÓGICO)

Valor a alcanzar 39%

L.I.: 29%

L.S.: 49%

3.- OBJETIVO: DISTRIBUCIÓN HORARIA DE LA TOMA DE MEDICACIÓN ANTIHIPERTENSIVA

INDICADOR 1: % DE PACIENTES QUE TOMAN LA MEDICACIÓN POR LA MAÑANA

Valor a alcanzar: 40%

LI: 30%

LS: 50%

INDICADOR 2: % DE PACIENTES QUE TOMAN LA MEDICACIÓN POR LA NOCHE

Valor a alcanzar: 30%

LI: 20%

LS: 40%

INDICADOR 3: % DE PACIENTES QUE TOMAN LA MEDICACIÓN MAÑANA Y NOCHE

Valor a alcanzar: 30%

LI: 20%

LS: 40%

4.- OBJETIVO: % DE PACIENTES EN LOS QUE SE MODIFICA SU TRATAMIENTO TRAS LA REALIZACIÓN DEL MAPA

Valor a alcanzar: 50%

LI: 30%

LS: 70%

5.- OBJETIVO: % DE PACIENTES A LOS QUE SE REALIZA MAPA QUE TIENE CUMPLIMENTADO EL APARTADO DE CONOCIMIENTOS DEFICIENTES:

Valor a alcanzar: 80%

LI: 70%

LS: 90%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0252

1. TÍTULO

IMPORTANCIA CLINICA DEL DIAGNOSTICO DE LA HTA NOCTURNA MEDIANTE EL MAPA

DURACIÓN

Primer y segundo trimestres:

La agenda para la citación de los pacientes fue creada en marzo del 2017, siendo utilizada por los miembros del EAP.

Sesión clínica formativa para los miembros del EAP: febrero 2018.

Realizar formación continuada con los miembros del EAP mediante presentación de casos clínicos y exposición de las actuaciones clínicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, que se hayan podido derivar de las pruebas realizadas con el MAPA.

Tercer trimestre: evaluación intermedia de los resultados.

Análisis de los resultados en diciembre 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 - 2018/0305

1. TÍTULO

REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ASCENSION ALONSO BENEDI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALATAYUD SUR
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR
DIGON SANMARTIN LUIS
LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE
ARMANIU TOBAL JORGE
GRANERO BERLANGA NICOLAS
DE LA OSA FONDON JUAN JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el primer cuatrimestre del 2018, se creó el grupo de trabajo interdisciplinar compuesto por profesionales medicina y enfermería del EAP Calatayud Sur para la elaboración del manual de acogida. Se designó un responsable para la entrega del manual de acogida y de la encuesta-cuestionario sobre la información recibida a los nuevos profesionales.

Se realizaron reuniones de los participantes en el proyecto todos los martes y jueves de Enero a Abril de 2018. Para la elaboración del manual nos hemos basado en el formato de manuales de acogida de los EAPs de nuestro sector integrados en el SGC ISO 9001. Los contenidos mínimos que se recogen en el manual son los siguientes:

1. Objetivo y ámbito de aplicación.
2. Introducción al EAP
3. Actividades.
4. Organización.
5. Accesos Informáticos.
6. Historia Clínica.
7. Procesos Administrativos.
8. Seguridad para todos.
9. Anexos

Se elaboró una encuesta-cuestionario de satisfacción de los profesionales para evaluar sus conocimientos sobre el funcionamiento del centro y para conocer el grado de satisfacción sobre el contenido del manual de acogida. Se envió en el mes de mayo (30/05/2018) a la unidad técnica para su revisión.

El documento fue aprobado por la coordinadora del equipo con fecha del 19 de septiembre de 2018.

El manual se colgó en Intranet clínica del Sector Calatayud, en el apartado "Atención Primaria"

http://172.25.88.150/modules/AP/Manual_acogida_CSCalatayudSur_20180919_revA.pdf

Se impartió una sesión clínica con fecha del 24 de octubre de 2018 para presentar el manual de acogida y difundir su contenido a todos los profesionales el EAP Calatayud Sur.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el segundo y tercer cuatrimestre se han recogido los datos hasta diciembre 2018 y evaluado resultados según indicadores: en total se han incorporado 10 profesiones con más de 90 días de trabajo.

1. Porcentaje de nuevos profesionales a los que se entrega el documento.

Resultado: 10/10 = 100%

Se ha entregado documento al 100% de los nuevos profesionales incorporados tanto por bajas temporales, vacaciones, jubilaciones, movilidad voluntaria, personal en formación. Con un tiempo mínimo de permanencia en el EAP de

2. Porcentaje de nuevos profesionales que rellenan la encuesta respecto a encuestas entregadas.

Resultado 90% = (9/10)

3. Porcentaje de nuevos profesionales que acredita conocer el funcionamiento del centro de salud

Número de encuestas que reflejan conocer al menos el 70% de las respuestas/total de encuestas entregadas

Resultado 80% (8/10)

4. Porcentaje de nuevos profesionales a los que el documento les ha resultado útil.

(Número de encuestas con una calificación superior a 7 /número de encuestas contestadas)

Resultado 70% (7/10)

En la encuesta también se pregunta a los profesionales sobre posibles cambios en el manual de acogida las sugerencias aportadas ha sido -Mayor aclaración sobre funcionamiento

Aclarar el procedimiento del servicio de Admisión.

Explicaciones de derivaciones desde A. Primaria a otros Servicios de A. Especializada no existentes en Hospital Ernest Lluch.

Frecuencia de revisión mantenimiento del manual de acogida

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con el este proyecto hemos planteado los objetivos planteados. El manual de acogida es una herramienta importante para el buen funcionamiento del EAP que seguiremos actualizando según anualmente y incluyendo las mejoras propuestas en las encuestas de satisfacción de los profesionales (funcionamiento servicio de admisión, funcionamientos de aparatos, etc.).

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0305

1. TÍTULO

REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

*** ===== Resumen del proyecto 2018/305 ===== ***

Nº de registro: 0305

Título
REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

Autores:
ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION, ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR, DIGON SANMARTIN LUIS, LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE, CARMANIU TOBAL JORGE, GRANERO BERLANGA NICOLAS, DE LA OSA FONDON JUAN JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Seguridad del paciente y satisfacción del usuario

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Problema u oportunidad de mejora:
En el EAP de Calatayud Sur no se dispone en el momento actual de un Manual de Acogida.
Los EAP son estructuras dinámicas con profesionales que se van trasladando. Esta movilidad del personal obliga a disponer de adecuados protocolos de acogida para orientarles en todo lo referente a equipación, metodología de trabajo, recursos tanto asistenciales como formativos y en conclusión, acompañar al nuevo profesional, bien sea de plantilla, sustituto, residente o estudiante en prácticas; para que de este modo su trabajo redunde en prestar una óptima asistencia a pacientes y usuarios.
Consideramos que esto es necesario porque redundará en una óptima asistencia a los usuarios del centro de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Resultados que se esperan conseguir:
mayor conocimiento sobre estructuras, procesos administrativos, asistenciales, así como funciones del equipo
adaptación más rápida de los profesionales al equipo de atención primaria
Mejorar la seguridad del paciente con el correcto conocimiento de los circuitos propios de cada centro por los profesionales.

MÉTODO
Crear un grupo de trabajo interdisciplinar para elaborar dicho protocolo de acogida
Elaborar un manual de acogida, que aporte información detallada en todo lo referente a equipación, metodología de trabajo, recursos tanto asistenciales como formativos, estructura del equipo, límites geográficos, consultorios, profesionales, horarios y todo lo inherente a nuestro Centro de Salud para que de este modo su trabajo redunde en prestar una óptima asistencia a los usuarios
.Idear un libro registro que confirme la entrega del manual a los profesionales que se han incorporado al equipo de Calatayud Sur 2018 por periodos de trabajo o periodos formativos
Designar un responsable de referencia, para la entrega del manual de acogida y realice el registro
Establecer una encuesta-cuestionario que ponga de manifiesto que los profesionales a los que va dirigido el protocolo, han adquirido un conocimiento suficiente del funcionamiento del centro, y explorar el grado de satisfacción de los nuevos profesionales en dicho documento.

El responsable se encargará de dar el manual, encuestas y la información que le sea necesaria y permitirá a nuevo miembro saber a quien dirigirse en caso de necesidad.
La encuesta servirá para comprobar si las personas que han recibido el manual de acogida, han conseguido conocer adecuadamente las peculiaridades de nuestro EAP y también un apartado de observaciones en el que nos puedan hacer sugerencias de mejora.

INDICADORES
Indicadores:
1. Porcentaje de nuevos profesionales a los que se entrega el documento:
(numero de profesionales a los que se ha proporcionado el protocolo de acogida / en relación a los profesionales recién incorporados) por 100, resultado esperado 90%
Limite inferior 80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0305

1. TÍTULO

REALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL MANUAL DE ACOGIDA CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

límite superior 100%

2. Porcentaje de nuevos profesionales que rellenan la encuesta:

(número de encuesta-cuestionarios realizadas/ número de encuestas entregadas) por 100, resultado esperado 70%

límite inferior 60%

límite superior 80%

3. porcentaje de nuevos profesionales que acredita conocer el funcionamiento del centro de salud:

(número de encuestas que reflejen conocer al menos el 70% de las respuestas / total de encuestas entregadas) por 100, resultado esperado 70%

límite inferior 60%

límite superior 100%

4. Porcentaje de nuevos profesionales a los que el documento les ha resultado útil:

(número de encuestas con una calificación superior a 70/ por el número de encuestas contestadas) por 100,

resultado esperado 80%

límite inferior 60%

límite superior 80%

Los cuestionarios y distintas actividades que consideremos sean necesarias para el buen funcionamiento de nuestro Centro de Salud.

DURACIÓN

Duración y calendario

Realización del manual de acogida, libro de registro y encuesta-cuestionario febrero, marzo, abril y mayo 2018.

Recogida de datos de abril a diciembre de 2018

Evaluación en diciembre 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 - 2018/0314

1. TÍTULO

PROMOCION DE LOS "BUENOS TRATOS" Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN POBLACION ADOLESCENTE DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE SONIA BERNAD HERNANDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD SUR
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA
CHUECA GORMAZ ISABEL
GIL MOSTEO MARIA JOSE
MOROS SANZ ESTHER
SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN
ARANAZ VILLARTE MIGUEL
SANMARTIN FLORENZA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.De organización:

Reunión EAP para elegir proyecto y elección de miembros del núcleo de promoción de la salud que organizaran la intervención: 19 de febrero 2018 a las 14h, con la constitución del grupo de trabajo anteriormente citado.
Reunión con el Instituto Aragonés de la Mujer (IAM) para preparar la intervención, realizada el 15 de diciembre de 2017 a cargo de la Dra Gálvez.
Reunión con la Jefa de Sección de Estrategias y Formación Dña Asunción Cisneros responsable del programa de violencia de genero del Departamento de Sanidad para preparar la intervención: 24 de enero 2018 a las 13,30., por Dra Gálvez y Dra Bernad.
Reunión con SARES para exponer la intervención y buscar recursos: Dra Elisa Ferrer el 24 de enero 2018 a las 14h, a cargo de la Dra Gálvez y Dra Bernad. Con fecha 16 de marzo de 2018 se remitió por correo electrónico todo el proyecto para su revisión por el SARES, por la Dra Bernad.
Contacto con el Ayuntamiento de Zaragoza (departamento de igualdad) para obtener el permiso para el uso del cómic ganador del III certamen de cómic sobre VG, contactamos con el responsable de Participación Ciudadana a cargo de Dña M José Gil.
Realización de curso sobre VG durante los meses de febrero y marzo 2018": "Atención a la violencia de género desde el Sistema Sanitario" por la Dra Gálvez y la Dra Bernad.
Asistencia a la presentación del Plan Estratégico para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres en Aragón 2018 - 2021, del Gobierno de Aragón, a través del IAM: 19 de marzo: Dra Gálvez y Dra Bernad.
Contacto con activos comunitarios y recursos comunitarios: reunión con la psicóloga de la Comarca, encargada de violencia de género Dña Noelia Calderón el día 25 de abril, nos presenta el plan de actuación integral de la Comarca en Violencia de Género: dña Esther Moros y Dña Laura Sanmartín.
Selección del material audiovisual y encuesta previa y posterior a las intervenciones; durante los meses de marzo y abril por parte del grupo de trabajo partir del material obtenido en distintas reuniones.
Elaboración del consentimiento informado según formato del IACS y de las cartas a remitir a padres y adolescentes: durante los meses de marzo y abril por parte del grupo de trabajo a partir del material obtenido en distintas reuniones
Obtención de población diana según datos de tarjeta sanitaria por parte de Secretaría de Dirección: por Secretaria de Dirección a marzo 2018.

2.De comunicación:

Realización de dos sesiones formativas sobre promoción de la salud y sobre VG: a cargo de la Dra Gálvez, Dra Chueca y Dra Bernad los días 21 de febrero y 6 de junio de 2018.
Reunión EAP para la explicación de la intervención y presentación del material audiovisual: el día 11 de junio.
Comunicación con alcaldes y peñas.
Comunicación del proyecto a la Dirección de AP.

3. De intervención:

Envío de las cartas a padres y adolescentes citándoles para las intervenciones, en cada consultorio: primera quincena de junio.
Realización de la primera intervención en los consultorios locales entre el 25 de junio y el 13 julio de 2018. Las intervenciones constan de un cuestionario previo, una lluvia de ideas sobre el tema, una presentación, un debate y un cuestionario posterior a fin de valorar la repercusión de las intervenciones y temas para años sucesivos.
Una segunda intervención de forma individual según campaña del Ministerio: "CORTA A TIEMPO. EL MALTRATO NO LLEGA DE REPENTE", durante la segunda quincena de octubre.

4. De evaluación:

Análisis de las encuestas previas y posteriores y de los temas propuestos por los adolescentes para próximas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0314

1. TÍTULO

PROMOCION DE LOS "BUENOS TRATOS" Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN POBLACION ADOLESCENTE DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

ediciones: noviembre 2018 por parte del equipo de trabajo.

Análisis de las opiniones de los profesionales: noviembre 2018 por parte del grupo de trabajo

Comunicación de los resultados a los miembros del EAP: previsto para diciembre de 2018 no se ha podido realizar por traslados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Cobertura alcanzada: 50% (basada en cobertura del año pasado). Límite inferior (LI): 40% - límite superior (LS): 60%. la cobertura alcanzada ha sido del 41%.

Porcentaje de localidades que participa: 70% (basado en localidades que participaron el año pasado). LI: 50% - LS: 100%. las localidades que han participado han alcanzado el 82,3%, en 7 de los pueblos no había población de 14 a 18 años.

Porcentaje de profesionales que participa: 70% (basado en profesionales que participaron el año pasado). LI: 50% - LS: 100%. han participado el 84% de los profesionales con una gran implicación en el proyecto.

Porcentaje de adolescentes que cumplimenta la encuesta: 90% (basado en resultados del año pasado). LI: 50% - LS: 100%. el 89,9% ha cumplimentado la encuesta.

Porcentaje de incremento del aprendizaje sobre tipos de violencia de genero antes/después de la intervención realizada : 60% (basado en resultados del año pasado). LI: 50% - LS: 100%. 51,8%

Porcentaje de adolescentes que identifica la violencia psicológica como VG: 50%, LI 30% - LS 60%.79,3%

Porcentaje de profesionales del C.S. que han realizado un formación específica sobre violencia de genero: 20% LI: 10%- LS: 30%. ha sido del 26,3%, con un total de 5 profesionales.

Porcentaje de profesionales del C.S. que conoce los activos comunitarios en violencia de genero y el circuito específico de derivación en la zona rural de Calatayud: 80%. LI: 70% - LS:100%.considerando los asistentes a la sesión del 6 de junio: 52,6%, 10 profesionales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Han participado el 41% de la población, con una edad media de 15,2 años, predominantemente mujeres 72%.

El 82,7% convivían en un familia tradicional, el 48,2% había repetido curso y realizaba algún trabajo remunerado el 13,7%.

Salían más de un día a la semana el 48,2% y entre sus aficiones destacan quedan con amigos (55.1%), redes sociales e internet (51.7%) y el deporte (41,3%).

Entre las respuestas a la encuesta destacan: interrumpirles cuando hablan, molestarle que hable con otras personas, sentirse nervioso por hacer algo que no le va a gustar y sentirse controlado (3,4%).

El 79,3% es capaz de identificar la violencia psicológica como parte de la violencia de genero y casi el 52 % ha mejorado su conocimiento sobre el tema tras la intervención.

Como temas para próximos años destacan; alcohol, drogas y educación sexual.

La valoración global de 0 a 10 fue de 7,9, al 89,6% le ha resultado útil y el 82,7% la recomendaría a sus compañeros.

7. OBSERVACIONES.

Resaltar un año más la necesidad de un trabajo compartido a nivel de sistema educativo, sanitario e institucional para reforzar y unificar los mensajes que reciben nuestros adolescentes.

Nos ha llamado la atención el echo de que el 72% de los participantes este año fueran mujeres, hemos de conseguir implicar en este tema a los adolescentes varones como parte de la solución.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/314 ===== ***

Nº de registro: 0314

Título
PROMOCION DE LOS "BUENOS TRATOS" Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN POBLACION ADOLESCENTE DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

Autores:
BERNAD HERNANDO SONIA, GALVEZ VILLANUEVA ANA CRISTINA, CHUECA GORMAZ ISABEL, GIL MOSTEO MARIA JOSE, MOROS SANZ ESTHER, SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN, SANMARTIN FLORENZA MARIA LAURA, ARANAZ VILLARTE MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS

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

Enfoque

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0314

1. TÍTULO

PROMOCION DE LOS "BUENOS TRATOS" Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN POBLACION ADOLESCENTE DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Según la Macroencuesta de Aragón de 2011 se observa un importante aumento de los casos de violencia de género detectados en población de 14 a 19 años con una tasa de 17,10 en 2009 a 92,37 en 2011. Los adolescentes tienen dificultades a la hora de identificar conductas de maltrato psicológico como coacciones, celos, control.. considerando únicamente violencia de género los casos de agresiones graves. Por todo ellos nos parece importante conocer sus opiniones y creencias sobre violencia de género (en adelante VG) y potenciar las relaciones de igualdad y "buen trato".

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer el concepto de VG que tienen los adolescentes de nuestro C.S.
Conocer el grado de exposición a la VG que tienen los adolescentes de nuestro C.S.
Evaluar el grado de conocimientos que tiene sobre los distintos tipos de VG y los recursos que tienen a su disposición.
Sensibilizar y concienciar a los jóvenes sobre las relaciones de igualdad y "buen trato".
Mejorar la formación de los profesionales de nuestro C.S. en violencia de género y conocer los activos comunitarios en este campo.

MÉTODO

1.De organización:

Reunión EAP para elegir proyecto.
Contactos para preparar las intervenciones con el Instituto Aragonés de la Mujer (IAM), la responsable del programa de violencia de género del Departamento de Sanidad, SARES y Ayuntamiento de Zaragoza (departamento de igualdad).Asistencia a la presentación del Plan Estratégico para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres en Aragón 2018 - 2021, del Gobierno de Aragón.
Realización de curso sobre VG durante los meses de febrero y marzo 2018.

Contacto con activos comunitarios.

Selección del material audiovisual y encuestas

Obtención de población diana.

2.De comunicación:

Realización de dos sesiones formativas sobre promoción de la salud y sobre VG, con presentación del material para las intervenciones.

Comunicación con alcaldes, peñas y Dirección de AP.

3. De intervención:

Envío de las cartas a padres y adolescentes citándoles para las intervenciones, en cada consultorio.

Realización de la primera intervención en los consultorios locales entre finales de junio y principios de julio de 2018. Las intervenciones constan de un cuestionario previo, una lluvia de ideas sobre el tema, una presentación, un debate y un cuestionario posterior a fin de valorar la repercusión de las intervenciones y temas para años sucesivos.

Una segunda intervención de forma individual según campaña del Ministerio.

4. De evaluación:

Análisis de las encuestas previas y posteriores y de los temas propuestos por los adolescentes para próximas ediciones y de las opiniones de los profesionales.

INDICADORES

Cobertura alcanzada: 50%. Límite inferior (LI): 40% - límite superior (LS): 60%.

Porcentaje de localidades que participa: 70%. LI: 50% - LS: 100%.

Porcentaje de profesionales que participa: 70%. LI: 50% - LS: 100%.

Porcentaje de adolescentes que cumplimenta la encuesta: 90%. LI: 50% - LS: 100%.

Porcentaje de incremento del aprendizaje sobre tipos de violencia de género antes/después de la intervención realizada : 60%. LI: 50% - LS: 100%.

Porcentaje de adolescentes que identifica la violencia psicológica como VG: 50%, LI 30% - LS 60%.

Porcentaje de profesionales del C.S. que han realizado formación específica sobre violencia de género: 20% LI: 10%- LS: 30%.

Porcentaje de profesionales del C.S. que conoce los activos comunitarios en violencia de género y el circuito específico de derivación: 80%. LI: 70% - LS:100%.

DURACIÓN

Actividades de organización:consistentes en la elección del proyecto, formación del personal, preparación del material y comunicación con otras organizaciones: enero a mayo de 2018, realizada por miembros del proyecto.

Actividades de comunicación: consistentes en sesiones formativas al EAP y comunicación con agentes locales:de febrero a mayo 2018, realizado por miembros del proyecto.

Actividades de intervención: consistente en la realización de las intervenciones con adolescentes, de junio a octubre 2018, realizado por miembros del proyecto.

Actividades de evaluación: consistente en el análisis de las intervenciones,de sus resultados y lecciones aprendidas para próximos años, de octubre a diciembre 2018, realizado por miembros del proyecto

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0314

1. TÍTULO

PROMOCION DE LOS "BUENOS TRATOS" Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN POBLACION ADOLESCENTE DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD SUR

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 - 2018/0462

1. TÍTULO

BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL CHUECA GORMAZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALATAYUD SUR
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANS PIQUERAS CARMEN
BERNAL GARCIA PILAR
LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE
SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN
DE LUCAS BARQUERO ADRIADNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018, hemos realizado distintas actividades para llevar a cabo los objetivos planteados. En el mes de abril del año 2018 se hicieron dos reuniones informativas en la biblioteca del Centro de Salud para difundir el proyecto a todos los profesionales sanitarios del equipo de Calatayud Sur. En estas reuniones se nombraron los responsables de botiquín y almacén de farmacia que realizarían las funciones de solicitud de petitorio, control posterior de albaranes mensuales y remisión a farmacia del hospital del albarán sellado.

Se acordó que fueran tres responsables del equipo, dos profesionales de enfermería y un profesional médico. En estas reuniones se acordó que, mensualmente, los profesionales que realizan la atención continuada de la jornada del día 4º al 9º de cada mes, ordenarán y distribuirán la medicación recibida según principio activo y caducidad.

Se explicó que todos los meses la farmacéutica de Atención Primaria realizaría la revisión, actualización y remisión del listado de productos a caducar para el control de caducidades por correo electrónico a los coordinadores de equipo y responsables de botiquín de farmacia. Ellos serían los encargados de difundir, vía correo electrónico, el listado al resto de profesionales del equipo.

Los responsables de petitorio de farmacia se han reunido varias veces a lo largo del año 2018 con la farmacéutica del sector para consensuar la mejor forma de organización del almacén de farmacia; cómo identificar y etiquetar las estanterías del almacén y de las consultas de Calatayud Sur y cómo identificar y separar los medicamentos de isoapariencia en etiquetado o en el nombre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. % DE PROFESIONALES QUE ASISTEN A LA REUNION INFORMATIVA.

Las dos reuniones informativas para explicar el proyecto de calidad a los profesionales del equipo de Calatayud Sur se llevaron a cabo en el mes de abril del año 2018 en la biblioteca del centro. En el equipo de Calatayud Sur, somos un total de 20 profesionales, 11 médicos y 9 enfermeros.

Planteamos que, por lo menos el 60% del equipo acudiera a las reuniones informativas. Se consiguió un 70 % de asistencia, ya que acudieron 16 profesionales del equipo.

2. % DE PROFESIONALES DEL EQUIPO QUE PARTICIPAN EN EL PROYECTO

De los 20 profesionales (11map y 9 eap), han participado 16 profesionales (8 map y 8 eap), es decir, un 70% del equipo ; siendo un 50% eap de los profesionales que participaron en el proyecto y el 50% restante map. Nuestro límite inferior estaba fijado en un 80%. con lo cual no hemos alcanzado el indicador propuesto.

3. % DE ALBARANES REMITIDOS A FARMACIA DE HOSPITAL TRAS SU COMPROBACIÓN.

El primer jueves de cada mes se recibe el petitorio de farmacia con su correspondiente albarán y el listado de dispensación de artículos de farmacia. Después de su comprobación este albarán es sellado, y junto con una fotocopia del listado de dispensación se remite a farmacia hospitalaria por correo interno.

Durante el año 2018, se ha remitido a farmacia hospitalaria el 100% de los albaranes tras ser comprobados.

4. ETIQUETADO DE MEDICAMENTOS POR PRINCIPIO ACTIVO EN ALMACÉN DE FARMACIA.

Antes de comenzar con el etiquetado de los medicamentos, se realizó la revisión del equipamiento del almacén de farmacia del EAP de Calatayud Sur, para ello se tuvo en cuenta:

- En cuanto al mobiliario, los requisitos de las estanterías son los siguientes:
 - Deberán ser metálicas (otro tipo de material, como la madera, puede estropearse con más facilidad) y capaces de soportar bastante peso (no deformables con facilidad).
 - La altura de las mismas debe ser acorde a la estatura del personal que las va a utilizar. Hemos de procurar que la altura máxima no exceda de 1,75 metros para evitar al personal problemas de accesibilidad a la mercancía. Las estanterías que se pueden adquirir son las denominadas tipo "compacto", lo que aumentaría la superficie de los almacenes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0462

1. TÍTULO

BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE

- Igualmente, hemos de tener en cuenta que la última balda nunca esté pegada al suelo. Debemos montarlas de forma que de la última al suelo haya una distancia de seguridad de 20 ó 25 cm. Este margen de seguridad nos protegerá de posibles catástrofes (inundaciones) o del contacto con animales (roedores, insectos...).
- Las estanterías deben ser fácilmente limpiables.
- Las condiciones especiales en el almacén:
 - Armario o caja fuerte para estupefacientes: hay que determinar el volumen de consumo de estos medicamentos y en función del mismo habilitaremos una u otra opción. Siempre bajo llave. Una caja fuerte con cerradura de seguridad dentro del almacén valdría para aquellos centros cuyo consumo no sea excesivo.
 - Nevera para medicamentos termolábiles: deberá tener controlada la temperatura mediante sonda. El rango de temperatura máxima-mínima deberá encontrarse siempre entre 2-8°C. Se realizará registro diario de las temperaturas

Posteriormente a la revisión de los requisitos mínimo que debía de cumplir el almacén se detectó que "el etiquetado de medicamentos iba a ser un proceso complejo ya que la parte de almacén que teníamos en el equipo destinada a la farmacia no reunía las condiciones adecuadas, sobre todo por la escasez de espacios en las estanterías, para llevar a cabo este indicador del proyecto. Después de consultar este problema con dirección, se nos proporcionaron más baldas para las estanterías que algunos de los componentes del equipo de Calatayud Sur montaron. Se pidió colaboración a la farmacéutica de Atención Primaria que nos facilitó un listado de la medicación disponible en el pacto de farmacia ordenada por orden alfabético de principio activo. También nos indicó cómo etiquetar haciendo coincidir las distintas presentaciones del mismo principio activo. Con ayuda de un DYMO se etiquetaron las estanterías disponibles para la farmacia por orden alfabético de principio activo.

Estimamos necesario añadir debajo de cada principio activo su nombre comercial y forma de presentación para facilitar el reconocimiento de los fármacos por todo el personal sanitario. También se han etiquetado las baldas de las neveras y ordenado por principio activo. Hemos conseguido etiquetar el 100% de la medicación disponible en el almacén de farmacia de nuestro equipo.

5. IDENTIFICACIÓN Y SEPARACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ISOAPARIENCIA EN EL ETIQUETADO O EN EL NOMBRE EN ALMACÉN DE FARMACIA.

La urgencia en la selección de fármaco es una de las causas más comunes en los errores de medicación y donde la identificación debe ser inequívoca, clara y cualquier ayuda en la identificación de los fármacos aumenta la seguridad del paciente. Medicamentos como Adrenalina, Atropina, Naloxona o Haloperidol son algunos de los fármacos más habituales de situaciones urgentes. Sus envases son muy parecidos en cuanto al color y el tamaño, lo cual puede favorecer a errores. Por lo tanto, es importante incluir medidas de isoapariencia para mejorar la seguridad del paciente. Una medida fue colocar estos fármacos en baldas diferentes y separados por otros fármacos, así como en el caso de tener dos nombres el principio activo poner el que diera lugar a menor error. Por ejemplo, teniendo adrenalina y atropina se nombra la adrenalina por epinefrina alejándose en balda de la atropina. La identificación y separación de medicamentos es un proceso que debe llevarse a cabo en el momento que se recibe el petitorio de farmacia. Hay que controlar medicamento por medicamento y colocarlo en su lugar correspondiente. Donde más complicación puede haber por similitud en la isoapariencia es en los sueros. Lo hemos solucionado separando los de igual presentación intercalando otros de pariencia distinta para prevenir accidentes relacionados con la seguridad clínica del paciente por equívocos en la identificación. Hemos identificado, separado y etiquetado los medicamentos de isoapariencia semejante en el almacén de farmacia en un 100%.

6. MESES EN LOS QUE SE HA ENVIADO CORREO ELECTRÓNICO A TODOS LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO DEL LISTADO DE PRODUCTOS DE FARMACIA A CADUCAR.

Mensualmente, mediante correo corporativo, la farmacia de Atención Primaria remite a los coordinadores del equipo el listado de productos de farmacia a caducar en el mes. Los coordinadores lo remiten a todos los profesionales sanitarios del equipo. Todos los meses se han enviado los correos.

7. % DE LISTADO DE CADUCIDADES REMITIDOS A FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA, TRAS SU COMPROBACIÓN.

Después de que cada profesional recibe el listado de medicación a caducar en el mes, debe de comprobar con éste el botiquín de su consultorio, también se comprueban las caducidades del Servicio de Urgencias de Calatayud Sur y las del almacén de farmacia. Una vez comprobados los listados se remiten al responsable de la farmacia del equipo que hace un recuento de los productos caducados y se registran en una hoja Excel que que se remite trimestralmente a la farmacéutica de atención primaria. Se enviaron los listados de caducidades por correo electrónico a farmacia de A.P en las siguientes fechas: 28/03/18, 06/07/18 y 16/10/18 y 19/12/18.

8. SE HA REALIZADO AL MENOS UNA REUNIÓN CON FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA CONSENSUAR STOCK ÓPTIMO DE FARMACIA.

Nos hemos reunido en distintas ocasiones con la farmacéutica de Atención Primaria para el desarrollo del proyecto (abril, junio y noviembre 2018) y así poder valorar el stock del almacén de farmacia y poder cubrir las necesidades del equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0462

1. TÍTULO

BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo realizado ha sido satisfactorio. El proyecto se ha trabajado por una parte importante de los profesionales del EAP de Calatayud Sur, implicándose tanto profesional como personalmente para mejorar la seguridad al paciente y la tarea diaria de los profesionales. Se han desarrollado todas las actividades propuestas en el proyecto y, se pretende obtener cambios en cuanto a la mejora de la seguridad al paciente y la disminución de errores en la selección de la medicación por parte de los profesionales del Sector para mejorar la atención asistencial. Este proyecto se puede hacer extensible al resto de equipos de atención primaria del sector de Calatayud y al resto de sectores. Este proyecto de calidad se ha llevado a cabo durante el año 2018. Es un proyecto que se continuará en el tiempo y que se pretende que se haga extensible al resto de los equipos de atención primaria ya que es una forma de gestionar de forma óptima el almacén de farmacia, botiquines locales y servicio de urgencias desde la base de un uso racional del medicamento, para ser más eficientes en el consumo de fármacos, evitar caducidades innecesarias y prevenir accidentes relacionados con la seguridad clínica del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/462 ===== ***

Nº de registro: 0462

Título
BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE

Autores:
CHUECA GORMAZ ISABEL, BERNAL GARCIA PILAR, SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN, SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN, LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE, DE LUCAS BARQUERO ARIADNA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: atencion en urgencias
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Urgencias del CS de Calatayud Sur, fue inaugurado en el año 2016, motivo por el cual durante 2017 se implantó el proyecto de calidad (2016/1234) de revisión del circuito de mantenimiento del material y aparatos de la sala de urgencias y de forma más específica el carro de paradas y maletín de urgencias. Hemos detectado la necesidad de mejorar la gestión del almacén- botiquín de farmacia desde la base de un uso racional del medicamento, para ser mas eficientes en el consumo de fármacos, evitar caducidades innecesarias y prevenir accidentes relacionados con la seguridad clínica del paciente en cuanto a la identificación y administración de medicamentos. De esta forma se dará continuidad al proyecto de calidad de 2017 de urgencias en nuestro equipo de atención primaria y se podrán establecer criterios de calidad y seguridad clínica.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Difundir e implicar a todos los profesionales en el " Procedimiento operativo de control y gestión de los botiquines de medicamentos"
- 2- Revisión y actualización del listado de medicamentos en el EAP Calatayud Sur
- 3- Revisión y adecuación el stock óptimo de medicamentos a las necesidades del equipo
- 4- Identificar los fármacos del botiquín /almacén por principio activo
- 5-Identificar y separar los medicamentos de isoaparancia en el etiquetado o en el nombre.

MÉTODO

OBJETIVOS 1-2:

- Dos sesiones informativas para difundir el proyecto a todos los profesionales del EAP,
- Nombrar a los responsables de botiquín y almacén de farmacia que realizaran las funciones de solicitud de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0462

1. TÍTULO

BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE

petitorio, control posterior de albaranes mensuales y remisión a farmacia del hospital el albarán sellado.
- Mensualmente los profesionales que realizan la Atención continuada de la jornada del día 4º al 9º de cada mes, ordenarán y distribirán la medicación recibida según principio activo y caducidad.
- Mensualmente los responsables de almacén remitirán por correo electrónico a todos los profesionales del equipo el listado de productos de farmacia a caducar, control de caducidades.

OBJETIVO 3:

- Revisión / actualización del listado y del stock de medicamentos en el CS Calatayud Sur
- Realización de al menos una reunión de los responsables de petitorio de farmacia con la responsable de farmacia del Sector para consensuar los stock óptimos en base a petitorios previos.

OBJETIVO 4 y 5

- Identificar (etiquetar) en las estanterias del almacén de medicamentos/consultas de Calatayud Sur los medicamentos por principio activo.
- Identificar y separar los medicamentos de isoapariencia en etiquetado o en nombre incluidos en el listado de medicamentos del almacen de Calatuayud Sur

INDICADORES

1- % de profesionales que asisten a la reunión informativa:

Valor a alcanzar: 100%

Límite superior: 100%

Límite inferior: 60%

Fecha de reunión: abril 2018, en la biblioteca del CS.

2- % de profesionales del equipo que participan en el proyecto:

Valor a alcanzar: 100%

Límite superior: 100%

Límite inferior: 80%

Periodo de evaluación . Anual.

3- % de albaranes remitidos a farmacia de hospital, tras su comprobación

Valor a alcanzar: 100%

Límite inferior: 70%

Límite superior: 100 %

Periodo de evaluación: anual.

4- Etiquetado medicamentos por principio activo en almacen de farmacia

Valor a alcanzar: 100%

Límite inferior: 90%

Límite superior: 100 %

Periodo de evaluación: anual.

5- Identificación y separación de medicamentos de isoapariencia en el etiquetado o en el nombre en almacén de farmacia

Valor a alcanzar: 100%

Límite inferior: 90%

Límite superior: 100 %

Periodo de evaluación: anual.

6- Meses en los que se ha enviado correo electrónico a todos los profesionales del equipo del listado de productos de farmacia a caducar

Valor a alcanzar: 100%

Límite inferior: 80%

Límite superior: 100 %

Periodo de evaluación: anual.

7- % de listado de caducidades remitidos a farmacia de AP, tras su comprobación

Valor a alcanzar: 100%

Límite inferior: 70%

Límite superior: 100 %

Periodo de evaluación: anual.

8- Se ha realizado al menos una reunión con farmacia de AP para consensuar stock óptimo de farmacia

Valor a alcanzar: Si

Límite inferior: uno

Límite superior : no se puede precisar previamente

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: Abril de 2018

Reunión informativa: primer lunes de abril de 2018

Evaluación intermedia: Junio 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0462

1. TÍTULO

BOTIQUIN DE FARMACIA DEL EAP CALATAYUD SUR. ADECUACION A LAS NECESIDADES REALES Y SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE

Revisión de todos los indicadores.
Fecha prevista 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 - 2018/0537

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL CALCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS RIHUETE CASTAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS DAROCA
· Localidad DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL
BES FRANCO ANGEL
BARRENA MARINA EMILIA
PEREZ ABADIA ANA MARIA
RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ
CUADRADO GONZALEZ AINOA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Sesión informativa a cargo del responsable del proyecto, dirigida a los MAP y Enfermería de nuestro centro de salud, en el momento de la implantación del proyecto.
2. Dos sesiones formativas a cargo del responsable del proyecto/colaborador, dirigida a los MAP y Enfermería, la primera para hacer una revisión de los factores de riesgo cardiovascular, su cálculo y las escalas que podemos emplear y la segunda para valorar los resultados que se han obtenido desde la aplicación de la estrategia.
3. Revisión por parte de enfermería y medicina de las historias de OMI para evaluar a través del índice de riesgo cardiovascular que los pacientes dispongan de todos los datos necesarios para poder realizar el cálculo (sexo, colesterol total, edad, diabetes mellitus, PAS, hipertrofia de ventrículo izquierdo, fumador, HDL, PAD).
4. Reuniones trimestrales para revisión y evaluación de resultados.

Registro en OMI y de los resultados mensuales que se envíen desde Dirección de Atención Primaria
Evaluación trimestral
Alcanzar, al final del 4º trimestre de 2018, un 85% de las revisiones del índice de riesgo cardiovascular en pacientes mayores de 18 años.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Primer trimestre 74%
Segundo trimestre 72%
Tercer trimestre 75%
Cuarto trimestre 79%
Resultado final 79%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque no se ha alcanzado el 85% de objetivo marcado inicialmente, hemos alcanzado un 79% que se considera aceptable debido a que hemos objetivado que hay dificultad de captación a determinados grupos de paciente (18-30 años fundamentalmente) con lo que se pierden varios pacientes del numerador.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/537 ===== ***

Nº de registro: 0537

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL CALCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

Autores:
RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS, BES FRANCO ANGEL, CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL, BARRENA MARINA EMILIA, CUADRADO GONZALEZ AINOA, BES GIMENEZ ANA VICTORIA, RODRIGUEZ LARRAGA BEATRIZ, SIMON APARICIO MARIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0537

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISIÓN DEL CÁLCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

4. ANÁLISIS DE SITUACIÓN. PERTINENCIA DEL PROYECTO

Los factores y marcadores de riesgo cardiovascular, son los que se asocian a una mayor probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular: colesterol, diabetes, hipertensión, tabaquismo, herencia genética, estrés, obesidad y la frecuencia cardiaca. (1)

Es necesario datos básicos de edad, peso, sexo e información sobre hábitos de vida para descubrir si la probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular es baja, media o alta. Una vez detectado el riesgo, se pueden poner en marcha planes y actividades preventivas para mejorar el estado de salud del paciente y disminuir la probabilidad de sufrir una patología. (1)

Según la OMS, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo. Se calcula que en el último año el 30% de las muertes registradas en el mundo fue por enfermedad cardiovascular, de los cuales sobre el 40% se debieron a cardiopatía coronaria y el 35% a los accidentes vasculares cerebrales. (2)

La mayoría de las enfermedades cardiovasculares pueden prevenirse actuando sobre los factores de riesgo. Para las personas que presentan un alto riesgo es fundamental la detección precoz y el tratamiento temprano. (1)

Existen varias escalas que se pueden utilizar para el cálculo del riesgo cardiovascular (SCORE, REGICOR, FRAMINGHAM). (2)

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos:

1. Detectar de forma precoz los pacientes que presenten riesgo cardiovascular para poder adoptar actitudes preventivas dirigidas a estos pacientes
2. Disminuir el riesgo cardiovascular a través de actividades preventivas
3. Que se reduzca el porcentaje de patología cardiovascular en la población de nuestro área de salud

Resultados:

1. Alcanzar un porcentaje de realización de la valoración del riesgo cardiovascular durante el año 2018 del 85%
Población diana: Personas mayores de 18 años que acudan a consulta de forma programada o a demanda, sin patología cardiovascular previa.

Intervenciones:

1. Revisión por parte de medicina y enfermería de las historias de OMI de pacientes mayores de 18 años (programada/demanda), excluyendo los inmovilizados y los que presenten patología cardiovascular previa, para revisar los parámetros necesarios para el cálculo de riesgo cardiovascular (sexo, colesterol total, edad, diabetes mellitus, PAS, Hipertrofia ventricular izquierda, fumador, HDL, PAD) y en caso de que se detecte que falta algún parámetro realizarlo para poder ejecutar el cálculo.

2. Generar Flash en OMI de los pacientes que se detecte un riesgo cardiovascular moderado-alto para poder aplicar las medidas preventivas necesarias.

3. El registro se realizará mediante la evaluación de los DGP:

- a. Población en quienes consta el DGP 'RCV%'

- b. Población sin episodio abierto de cardiopatía isquémica angina, infarto, miocárdica crónica o artropatía periférica, ACV o AIT. Episodio abierto tabaco, diabetes, HTA no complicada, HTA complicada o hipercolesterolemia con algún registro.

Se excluye del cálculo de los DGP aquellos pacientes que presenten un proceso cardiovascular declarado en quienes no tiene sentido realizarlo.

MÉTODO

1. Sesión informativa a cargo del responsable del proyecto, dirigida a los MAP y Enfermería de nuestro centro de salud, en el momento de la implantación del proyecto.

2. Al menos dos sesiones formativas a cargo del responsable del proyecto/colaborador, dirigida a los MAP y Enfermería, la primera para hacer una revisión de los factores de riesgo cardiovascular, su cálculo y las escalas que podemos emplear y la segunda para valorar los resultados que se han obtenido desde la aplicación de la estrategia.

3. Revisión por parte de enfermería y medicina de las historias de OMI para evaluar a través del índice de riesgo cardiovascular que los pacientes dispongan de todos los datos necesarios para poder realizar el cálculo (sexo, colesterol total, edad, diabetes mellitus, PAS, hipertrofia de ventrículo izquierdo, fumador, HDL, PAD).

4. Reuniones trimestrales para revisión y evaluación de resultados.

INDICADORES

Fuente de datos:

1. OMI
2. Resultados mensuales recibidos que se envíen desde Dirección de Atención Primaria.

Indicadores y estándar:

Registro en OMI y de los resultados mensuales que se envíen desde Dirección de Atención Primaria

Evaluación trimestral

Alcanzar, al final del 4º trimestre de 2018, un 85% de las revisiones del índice de riesgo cardiovascular en

pacientes mayores de 18 años.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0537

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL CALCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

DURACIÓN

Fecha de inicio: Abril 2018

Fecha finalización: Diciembre 2018

OBSERVACIONES

(1) Grupo de Trabajo de la SEC para la guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica, revisores expertos para la guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica y Comité de Guías de la SEC. Comentarios a la guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol. 2016; 69(10) :894-899
(2) Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guia de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Ginebra 2008. Organización Mundial de la salud.

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 - 2018/0578

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN EL CENTRO DE SALUD DE DAROCA POR PARTE DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE OLGA APARICIO SORIANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS DAROCA
· Localidad DAROCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BES GIMENEZ ANA VICTORIA
SIMON APARICIO MARIA PAZ
MARTI GUILLEN LOURDES
ALDA CAMPOS BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Sesión informativa a cargo del responsable del proyecto, dirigida a los MAP y Enfermería de nuestro centro de salud, en el momento de la implantación del proyecto.
2. Dos sesiones formativas a cargo del responsable del proyecto/colaborador, dirigida a los MAP y Enfermería, la primera para informar y revisar la cartera de servicios del paciente polimedicado mayor de 75 años dado a una población envejecida en nuestra zona de actuación y la segunda de la importancia y los efectos que produce la polimedicación en el paciente anciano.
3. Dado los resultados obtenidos en cada control semestral, que fueron muy deficientes, se insistió y se instruyó en la técnica de localización de los pacientes en OMI y la correcta cumplimentación de los datos según protocolo.
4. Identificación durante todo el año 2018, por parte de enfermería los pacientes mayores de 75 años con más de 5 fármacos activos y activando Flash para que los médicos puedan actuar adecuando la medicación
5. Optimización del tratamiento.
6. Reuniones semestrales para revisión y evaluación de resultados.

Registro en OMI y de los resultados mensuales que se envían desde Dirección de Atención Primaria. Evaluación semestral. Alcanzar un 85% de las revisiones de las medicaciones de los ancianos polimedcados en el 2018. Alcanzar 90% de revisiones de medicina derivadas por enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Primer semestre: 13%
Segundo semestre: 19%
Las revisiones de medicina derivados desde enfermería no se ha podido evaluar porque no se han podido obtener datos desde OMI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dado el escaso/nulo cumplimiento del objetivo se decide continuar un año más en la realización de dicho proyecto debido a la importancia que se considera para el control que es preciso del paciente polimedicado mayores de 75 años. Este año se va a continuar realizando más sesiones formativas y correctivas de forma TRIMESTRAL.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/578 ===== ***

Nº de registro: 0578

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN EL CENTRO DE SALUD DE DAROCA POR PARTE DE ENFERMERIA

Autores:
APARICIO SORIANO OLGA, BES GIMENEZ ANA VICTORIA, SIMON APARICIO MARIA PAZ, MARTI GUILLEN LOURDES, ALDA CAMPOS BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: polimedicado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0578

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN EL CENTRO DE SALUD DE DAROCA POR PARTE DE ENFERMERIA

Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

No existen estudios que valoren los actos médicos que conllevan a una iatrogenia importante, principalmente la utilización de fármacos sin control. Los ancianos representan el 70% del gasto farmacéutico. Los estudios muestran un exceso de consumo de fármacos con una media de 4,5-8 fármacos por persona y día (1).

El alto consumo de fármacos supone un índice elevado de efectos secundarios y mortalidad, además de una mala prescripción en la mayoría de los casos. Cada fármaco se puede prescribir por diferentes médicos que condicionan la iatrogenia (1). Existe un principio fundamental en la práctica de la medicina, "primun non nocere", por el cual no debemos administrar fármacos si no tenemos claro para que lo vamos a utilizar y durante cuanto tiempo lo vamos a mantener.

La mayoría de fármacos presentan efectos adversos, suponiendo un 7% de los ingresos hospitalarios según un metaanálisis realizado por Alonso et al donde analizaban 22 estudios de diversos países que evaluaban los ingresos por efectos adversos de fármacos (EAF). Estos ingresos eran más frecuentes en pacientes >64 años con tasas de ingresos entre el 7,2-16,8%, pudiendo concluir de que los EAF son una causa importante de ingreso (2). En nuestra ZBS presenta prescripción activa 1824 pacientes, de los que 21,48% son >75 años.

Una vez conocidos los resultados del 2017 de este servicio hemos detectado unos % de realización por debajo de los mínimos requeridos, y considerando su importancia en la salud del anciano nos proponemos alcanzar unos índices adecuados de ejecución.

El CS Daroca atiende a 3800 personas, de las que 1400 son >65 años (18,5%)

Tras evaluar con el cuadro de Mandos de Acuerdos de Gestión los datos de "% polimedificados por Enfermería", el % de revisión de ancianos polimedificados >75 años a los que se les ha efectuado revisión de adherencia y adecuación de la medicación por Enfermería a fecha del 31/12/2018, dentro del Plan Personal de Revisión Estructurada de la Medicación, en nuestra área de salud ha sido de 5,67%. Factor que debería corregirse.

Estas son las razones por las que desde la ZBS Daroca se considera que es necesario implementar un proyecto que intente mejorar la revisión de los pacientes polimedificados por parte de enfermería, mejorando el registro en OMI, reduciendo los fármacos prescritos por paciente y, por lo tanto, reduciendo los efectos adversos a fármacos y detectando los fármacos que sean potencialmente peligrosos para este grupo de edad.

Mediante este proyecto se pretende mejorar y alcanzar los indicadores relativos al paciente polimedificado de la ZBS de Daroca y reducir, por tanto, la iatrogenia.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos:

1. Prevenir los riesgos asociados en el empleo de fármacos en el paciente >75 años
2. Promover el trabajo en equipo mediante la coordinación y comunicación entre enfermería y medicina.

Resultados:

1. Alcanzar un % de revisión de pacientes polimedificados >75 años por parte de enfermería del 85% en el año 2018.
2. Alcanzar un % de revisión por parte de medicina de los pacientes derivados por enfermería de un 90%.

Población diana: >75 años que tengan prescripción activa de más de 5 fármacos en ZBS Daroca.

Intervenciones:

1. Revisión por parte de enfermería de todas las historias OMI de pacientes >75 años (programada/demanda) para revisar las prescripciones activas y derivar al médico en caso de se detecten prescripciones inadecuadas para adaptar la medicación en aquellos pacientes que sea posible.
2. Generar Flash en OMI para comunicar a los médicos los pacientes >75 años que precisan revisión de la medicación.
3. El registro se realizará mediante la evaluación de los DGP:
 - a. Adherencia: DGP "CTMORSKY"
 - b. Adecuación: DGP "AD_TERA" (adecuación de los fármacos a la historia clínica, dentro de la Valoración de la Concordancia).

MÉTODO

1. Sesión informativa a cargo del responsable del proyecto, dirigida a los MAP y Enfermería de nuestro centro de salud, en el momento de la implantación del proyecto.
2. Al menos dos sesiones formativas a cargo del responsable del proyecto/colaborador, dirigida a los MAP y Enfermería, la primera para informar y revisar la cartera de servicios del paciente polimedificado mayor de 75 años dado a una población envejecida en nuestra zona de actuación y la segunda de la importancia y los efectos que produce la polimedización en el paciente anciano.
3. Identificación durante todo el año 2018, por parte de enfermería los pacientes mayores de 75 años con más de 5 fármacos activos y activando Flash para que los médicos puedan actuar adecuando la medicación
4. Optimización del tratamiento.
5. Reuniones semestrales para revisión y evaluación de resultados.

INDICADORES

Fuente de datos:

1. OMI

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0578

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN EL CENTRO DE SALUD DE DAROCA POR PARTE DE ENFERMERIA

2. e-receta

Indicadores y estándar:

Registro en OMI y de los resultados mensuales que se envíen desde DAP Calatayud

Evaluación semestral

Alcanzar un 85% de las revisiones de las medicaciones de los ancianos polimedificados en el 2018

Alcanzar 90% de revisiones de medicina derivadas por enfermería

DURACIÓN

Fecha de inicio: Abril 2018

Fecha finalización: Diciembre 2018

OBSERVACIONES

(1) Blasco Patiño F, Martínez Lopez de Letona J, Villares P, Jiménez AI. El paciente anciano polimedificado: efectos sobre su salud y el sistema sanitario. Información terapéutica del sistema nacional de salud. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad de España. Vol 29, 2005.

(2) Alonso P, Otero MJ, Fernández M. Ingresos hospitalarios causados por medicamentos: incidencia, características y coste. Farmacia Hosp 2002; 26:77-89.

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 - 2018/1159

1. TÍTULO

TALLER DE FORMACIÓN BÁSICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

Fecha de entrada: 20/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CHAMOCHO OLMOS ELVIRA
FERRANDO AZNAR CLARA
MARCELIN JEAN ELIE
JUNCOSA OLIVERA DANIEL
JUNCOSA FANTOVA FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan sesiones, para un total de 92 alumnos, con una media de 15 alumnos en cada una de ellas, de una duración aproximada de 90 minutos (el año pasado, después de la valoración final, nos pareció que las sesiones fueron demasiado cortas), en las que se incluye:

? Proyección de power point con teoría básica de las técnicas de RCP y situaciones de emergencias básicas como 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. Este año disponíamos de 4 maniqués de adultos, dos bebés y un niño, además de un desfibrilador automático.

? Ejercicios de posición lateral de seguridad practicando entre ellos.

? Realización de un caso práctico planteando situaciones simuladas que pueden ocurrir en la vida real, intentando que sean capaces de resolverlas y, sobre todo, de pedir ayuda al 112 y seguir sus instrucciones hasta la llegada de los servicios médicos.

Las sesiones se realizan según el siguiente cronograma:

- 30 de septiembre 2019: 35 alumnos
- ? 1ª sesión: 4º A ESO con 17 alumnos
- ? 2ª sesión: 4º B ESO con 18 alumnos

- 1 de octubre 2019: 28 alumnos
- ? 1ª sesión: 3º A ESO y 2º FPB con 12 alumnos
- ? 2ª sesión 3º B ESO con 16 alumnos

- 3 de octubre de 2019: 29 alumnos
- ? 1ª sesión: 3º C ESO con 14 alumnos
- ? 2ª sesión: 3º PMAR con 15 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 con los siguientes resultados:

1. Duración actividad: 81,54% puntúan con un 4/5
2. Expectativas cubiertas: 84,77% puntúan con 4/5
3. Utilidad: 70,73% puntúan con 4/5
4. Material del curso: 92,38% puntúan con 4/5
5. Formador: 88,04% puntúan con 4/5
6. Valoración del curso en general: 90,21 puntúan con 4/5

B. Caso práctico:

El 92% de los alumnos fueron capaces de resolver los casos prácticos planteados, realizando simulaciones de muertes súbitas y atragantamientos y como responder a las preguntas del personal del 061.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El desarrollo de esta actividad ha sido muy satisfactorio tanto para los que la hemos impartido como para los alumnos. Hemos intentado que aprendan cosas muy básicas y sencillas, fáciles de recordar, deseando que sean conscientes de su importancia para poder salvar una vida. Creemos que vamos por el buen camino, aunque para que los chicos lleguen a valorar la importancia de saber realizar una RCP básica, se debería empezar desde más pequeños, tal y como recomienda la OMS y se está realizando en EEUU.

En general, las sesiones fueron calificadas como entretenidas y educativas.

Este año se da por finalizado en proyecto de mejora dejando implantado como una actividad anual la realización del taller y con la idea de poder ampliar la actividad a los más pequeños con la adaptación a su edad.

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

1. TÍTULO

TALLER DE FORMACIÓN BÁSICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1159

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

Autores:
BARDAJI 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 exitentes 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

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

1. TÍTULO

TALLER DE FORMACIÓN BÁSICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

- 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

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 - 2018/1275

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE PILAR GARCIA REDONDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ILLUECA
· Localidad ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ LOPEZ ANGELA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante la primera quincena del mes de octubre preparamos el power point que posteriormente se utilizaría en las sesiones de educación, un test de evaluación para los asistentes y una encuesta final de satisfacción .

El test de evaluación de conocimientos consiste en 12 preguntas relacionadas con los temas a tratar, con tres posibles respuestas cada una.

La encuesta de satisfacción final valora los siguientes aspectos con una posible puntuación del 1 al 4, siendo 1 mala, 2 regular, 3 buena y 4 muy buena:

- Organización.
- Actividad formativa.
- Evaluación global.

Una vez finalizado se explica el proyecto al resto de compañeros del equipo de enfermería y se llega a la conclusión de que tres sesiones son demasiadas para garantizar la asistencia de los pacientes, por lo que se acuerda llevar a cabo dos sesiones por grupo de 90 minutos cada una.

Cada enfermero del equipo se encarga de seleccionar los pacientes de su cupo candidatos a participar en el proyecto, se les informa de que cada grupo no podrá exceder el número de 12/15 personas.

Los contenidos de dichas sesiones se dividen en :

1º SESIÓN: Conceptos generales relacionados con la diabetes, complicaciones agudas, importancia del ejercicio físico. (Imparte Ángela María Sánchez López)

2º SESIÓN: Alimentación en diabetes, tratamientos, control, complicaciones crónicas y pie diabético. (Imparte Pilar García Redondo)

Contactamos con cada ayuntamiento para que se nos habilite una sala equipada para poder impartir la sesiones .

Se convoca a los pacientes seleccionados mediante llamada telefónica o en la consulta de forma presencial.

Durante el año 2018 se realizan las sesiones en el siguiente orden y fechas:

- Jarque del Moncayo : 18 y 25 de octubre.
- Tierga y Trasobares: 8 y 15 de noviembre.
- Gotor e Illueca: 22 y 29 de noviembre.
- Brea de Aragón: 13 y 20 de diciembre.

Antes de comenzar la primera sesión, los asistentes contestan el test de evaluación para valorar conocimientos previos . A l finalizar la segunda sesión se realiza el mismo test para valorar conocimientos adquiridos y se rellena la encuesta de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Puesto que el proyecto no ha finalizado en 2018 y continúa a lo largo del siguiente año, a continuación exponemos únicamente los datos de las encuestas realizadas hasta diciembre de 2018.

Para conseguir una valoración objetiva del proyecto, a la hora de medir resultados se han tenido en cuenta únicamente el cuestionario y la valoración final de los pacientes que han acudido a las dos sesiones.

INDICADORES:

-Número de asistentes del total de convocados: Se convocan 76 pacientes entre todos los municipios y asisten 39 pacientes a las dos sesiones, 12 sólo a la primera sesión y 3 sólo a la segunda sesión.

-Número de personas que superan el test de evaluación final tras la segunda sesión: 36 personas de las 39 que acuden a las dos sesiones superan el test teniendo en cuenta que hemos considerado que superar el test consiste en contestar correctamente al menos 10 de las 12 preguntas,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1275

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

-Número de personas satisfechas con el proyecto tras finalizar las sesiones: en los dos primeros items a valorar(organización y actividad formativa), los 39 asistentes se muestras satisfechos, es decir, puntúan con un 3 o con un 4. En el tercer item (evaluación global) hay 4 personas que no contestan y 35 se muestras satisfechas puntuando con 3 o 4.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A fecha 31 de diciembre faltaban por realizar sesiones en los siguientes municipios: Aranda del Moncayo, Brea de Aragon e Illueca.

A lo largo de enero y febrero de 2019 ya se han realizado sesiones en los tres municipios.

En marzo de 2019, y tras analizar los datos de muy baja asistencia en Illueca, llegamos a la conclusión de que el sistema de convocatoria en este municipio no fue el adecuado o suficiente, por lo que se decide a partir de esta fecha realizar una nueva selección de pacientes candidatos a participar con un sistema de convocatoria que incluya un recordatorio telefónico el día anterior a la sesión.

Hemos detectado también la necesidad de avisarles en la convocatoria de la necesidad de acudir con las gafas si las precisan ya que ha resultado dificultoso el rellenado de las encuestas y valoración final por parte de estos pacientes.

Teniendo en cuenta la parte del proyecto llevado a cabo hasta ahora, concluimos que la actividad está siendo satisfactoria tanto para los pacientes como para las organizadoras.

-

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1275 ===== ***

Nº de registro: 1275

Título
EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

Autores:
GARCIA REDONDO PILAR, SANCHEZ LOPEZ ANGELA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que afecta aproximadamente a un 5% de la población general y a un 14% de mayores de 65 años.

El abordaje de este problema de salud requiere de diferentes intervenciones ejecutadas por un grupo multidisciplinar. Una de estas intervenciones es la educativa, incluida dentro de la cartera de servicios. La educación para la salud(EPS)enmarcada en el trabajo con grupo,aporta ventajas y beneficios como la mejor comprensión de conocimientos,ayuda a cambiar el autoconcepto y autopercepción,facilita las relaciones y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1275

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

mejora las habilidades sociales.

En lo que se refiere a los diabéticos, los abordajes grupales en EPS han puesto de manifiesto la elevada satisfacción y aumento de capacitación para el manejo y control de la enfermedad.

El presente proyecto pretende reflejar la puesta en marcha y la evaluación de la intervención enfermera en EPS grupal llevada a cabo con pacientes diabéticos tipo II en las poblaciones pertenecientes al C.S. Illueca.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Que los pacientes adquieran conocimientos acerca de su enfermedad, complicaciones y manejo para el buen control relacionados con:

-Conceptos clave: diabetes, tipos, insulina, páncreas, energía.

-Alimentación: grupos de alimentos, distribución, cantidades...

-Ejercicio físico: importancia en la diabetes, precauciones, prevención de hipoglucemias...

-Control/autocontrol de los niveles de glucosa: justificación del autocontrol si procede, técnica correcta si procede, horario, frecuencia, interpretación de resultados, registro de datos. En pacientes que no requieran autocontrol, explicar la importancia de acudir a los controles periódicos en consulta.

-Tratamiento con ADO/insulina: tipos, mecanismos de acción, correcta administración...

-Hipo/hiperglucemias: concepto, síntomas, prevención, tratamiento, manejo del glucagón...

2. Que los pacientes expresen una mejor o mayor aceptación de su problema y un adecuado manejo del mismo.

3. Que los pacientes pongan en práctica acciones para el control de su enfermedad.

MÉTODO

Se realizarán tres sesiones por grupo de 90 minutos cada una, cada grupo no será superior a 12-15 personas.

Se impartirán sesiones teóricas tras las cuales se fomentará la participación del grupo para que expresen dudas, experiencias, opiniones...

Para finalizar, si lo requiere la actividad, se llevará a cabo taller práctico.

Sesión 1: Conceptos clave en diabetes/alimentación

Sesión 2: Ejercicio físico/autocontrol y control en consulta.

Sesión 3; Tratamiento/hipo e hiperglucemias.

Recursos: Pizarra, proyector, material diabético, material educativo escrito.

INDICADORES

Evaluaremos el proyecto mediante:

-Registro de asistencia

-Cuestionarios de evaluación anónimos tras cada sesión

-cuestionarios de satisfacción final.

A los seis meses se evaluarán datos de los pacientes: glucemia, hemoglobina glicosilada, control de peso, número de hipoglucemias.

Indicadores:

-número de asistentes del total de convocados

-número de personas que superan el test de evaluación final tras cada sesión.

-número de personas satisfechas con el proyecto tras finalizar las sesiones.

Indicadores a los seis meses:

-Número de personas que han mejorado su glucemia

-Número de personas que han mejorado el nivel de hemoglobina glicosilada

-Número de personas que han reducido su IMC

-Número de personas que han reducido complicaciones (hipo e hiperglucemias).

DURACIÓN

Se realizarán sesiones de 90 minutos una vez por semana de entre 12 y 15 personas. Como mínimo se pretende conseguir un grupo por cada municipio, por tanto un mínimo de 21 sesiones. Se prevé que en los municipios de Illueca y Brea de Aragón se origine más de un grupo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RE 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 - 2018/1275

1. TÍTULO

EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE PILAR GARCIA REDONDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ILLUECA
· Localidad ILLUECA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ LOPEZ ANGELA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante la primera quincena del mes de octubre de 2018 preparamos el power point que posteriormente se utilizaría en las sesiones de educación, un test de evaluación para los asistentes y una encuesta final de satisfacción .

El test de evaluación de conocimientos consiste en 12 preguntas relacionadas con los temas a tratar, con tres posibles respuestas cada una.

La encuesta de satisfacción final valora los siguientes aspectos con una posible puntuación del 1 al 4, siendo 1 mala, 2 regular, 3 buena y 4 muy buena:

- Organización.
- Actividad formativa.
- Evaluación global.

Una vez finalizado se explica el proyecto al resto de compañeros del equipo de enfermería y se llega a la conclusión de que tres sesiones son demasiadas para garantizar la asistencia de los pacientes, por lo que se acuerda llevar a cabo dos sesiones por grupo de 90 minutos cada una.

Cada enfermero del equipo se encarga de seleccionar los pacientes de su cupo candidatos a participar en proyecto, se les informa de que cada grupo no podrá exceder el número de 12/15 personas.

Los contenidos de dichas sesiones se dividen en :

1º SESIÓN: Conceptos generales relacionados con la diabetes, complicaciones agudas, importancia del ejercicio físico.(Imparte Ángela María Sánchez López)

2º SESIÓN: Alimentación en diabetes, tratamientos, control, complicaciones crónicas y diabético. (Imparte María pilar García Redondo) pie

Contactamos con cada ayuntamiento para que se nos habilite una sala equipada para poder impartir la sesiones .

Se convoca a los pacientes seleccionados mediante llamada telefónica o en la consulta de forma presencial.

Durante el año 2018 se realizan las sesiones en el siguiente orden y fechas:

- Jarque del Moncayo : 18 y 25 de octubre.
- Tierga y Trasobares: 8 y 15 de noviembre.
- Gotor e Illueca: 22 y 29 de noviembre.
- Brea de Aragón: 13 y 20 de diciembre.

Tras la baja asistencia en las anteriores convocatorias de Illueca, se lleva a cabo una captación más activa de los pacientes contactándolos a través de vía telefónica con intención de aumentar la asistencia en el próximo año.

A lo largo del 2019 continuamos realizando las sesiones en los municipios pendientes:

- Brea de Aragón: 15 y 22 de enero.
- Illueca; 15 y 22 de enero. 21 y 28 de febrero, 23 y 30 de mayo.
- Aranda del Moncayo: 7 y 14 de febrero.

Antes de comenzar la primera sesión, los asistentes contestan el test de evaluación para valorar conocimientos previos . Al finalizar la segunda sesión se realiza el mismo test para valorar conocimientos adquiridos y se rellena la encuesta de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para conseguir una valoración objetiva del proyecto, a la hora de medir resultados, se han tenido en cuenta únicamente el cuestionario y la valoración final de los pacientes que han acudido a las dos sesiones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1275

1. TÍTULO

EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

INDICADORES:

- Número de asistentes del total de convocados:

Se convocan 132 pacientes entre todos los municipios y asisten 52 pacientes a las dos sesiones, 28 sólo a la primera sesión y 12 sólo a la segunda sesión. Es decir, 92 personas acuden a alguna convocatoria, pero para poder valorar los indicadores y ser escrupulosos, valoraremos los datos extraídos de los pacientes que han acudido a las dos sesiones, es decir 52 personas. Del total de convocados asisten el 39 %, por lo tanto no cumplimos el objetivo del 50%.

- Número de personas que superan el test de evaluación final tras la segunda sesión:

51 personas de las 52 que acuden a las dos sesiones superan el test teniendo en cuenta que hemos considerado que superar el test consiste en contestar correctamente al menos 10 de las 12 preguntas.

Del total de asistentes, el 98% supera el test por lo que se alcanza el objetivo del 70%.

- Número de personas satisfechas con el proyecto tras finalizar las sesiones:

En los dos primeros items a valorar (organización y actividad formativa), los 52 asistentes se muestran satisfechos, es decir, puntúan con un 3 o con un 4. En el tercer item (evaluación global) hay 4 personas que no contestan y 48 se muestran satisfechas puntuando con 3 ó 4.

Del total de asistentes, el 100% se muestra satisfecho, por lo que se alcanza el objetivo del 70%. A continuación se detallan el resto de indicadores a valorar pasados 6 meses de realizar las sesiones. (puntualizar que dos de los pacientes habían fallecido en el momento de la evaluación de los indicadores):

-Número de personas que han mejorado su glucemia pasados los 6 meses:

29 personas mejoran su glucemia suponiendo un 58% del total, por lo que se alcanza el objetivo del 50%.

-Número de personas que mejoran el valor de hemoglobina glicosilada pasados 6 meses:

25 personas mejoran el valor suponiendo el 50% por lo que se alcanza el objetivo del 50%.

-Número de personas que han reducido su IMC:

21 personas han reducido el IMC suponiendo el 42%, por lo que no se alcanza el objetivo del 50%.

-Número de personas que han reducido complicaciones (hipo- hiper):

Los datos que podemos extraer de forma objetiva es lo registrado en el protocolo diabetes OMI "Hipoglucemias sintomáticas". 33 pacientes han mantenido la ausencia de hipoglucemias sintomáticas, 2 la han mejorado, 3 han empeorado, 1 no ha mejorado y 11 faltan por registrar.

Si valoramos los que han tenido ausencia de complicaciones o mejora de la misma, 35 personas reducen o mantienen complicaciones, suponiendo un 70% por lo que se cumple el objetivo del 50%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una vez finalizado el proyecto podemos extraer las siguientes conclusiones:

1.- Con el sistema de captación telefónica de pacientes, esperábamos mayor aceptación por los usuarios, ya que entendíamos que este proyecto aportaba importantes conocimientos que podían afectar positivamente a su enfermedad.

De los 132 pacientes comprometidos inicialmente a asistir, sólo 52 completan las 2 sesiones del proyecto. De este dato podemos concluir que o bien no hemos sido capaces de transmitir al paciente la importancia del mismo o bien el paciente no valora lo suficiente la formación.

2.- Los pacientes asistentes han adquirido conocimientos para poder manejar mejor su enfermedad.

3.- La mayoría de los asistentes se muestran satisfechos con la organización, actividad y proyecto en general.

4.- Respecto a los indicadores clínicos, pasados los 6 meses de la formación se alcanzan los objetivos de mejora de glucemia, se mantiene el objetivo de disminución del valor de hemoglobina glicosilada, no se alcanza el objetivo de mejora del IMC y se cumple el objetivo de reducción de complicaciones.

Para finalizar, los componentes del proyecto nos mostramos satisfechos con el trabajo realizado, ya que la gran parte de los asistentes nos han trasladado una valoración muy positiva del mismo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1275

1. TÍTULO

EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1275 ===== ***

Nº de registro: 1275

Título
EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

Autores:
GARCIA REDONDO PILAR, SANCHEZ LOPEZ ANGELA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que afecta aproximadamente a un 5% de la población general y a un 14% de mayores de 65 años.
El abordaje de este problema de salud requiere de diferentes intervenciones ejecutadas por un grupo multidisciplinar. Una de estas intervenciones es la educativa, incluida dentro de la cartera de servicios. La educación para la salud (EPS) enmarcada en el trabajo con grupo, aporta ventajas y beneficios como la mejor comprensión de conocimientos, ayuda a cambiar el autoconcepto y autopercepción, facilita las relaciones y mejora las habilidades sociales.
En lo que se refiere a los diabéticos, los abordajes grupales en EPS han puesto de manifiesto la elevada satisfacción y aumento de capacitación para el manejo y control de la enfermedad.
El presente proyecto pretende reflejar la puesta en marcha y la evaluación de la intervención enfermera en EPS grupal llevada a cabo con pacientes diabéticos tipo II en las poblaciones pertenecientes al C.S. Illueca.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Que los pacientes adquieran conocimientos acerca de su enfermedad, complicaciones y manejo para el buen control relacionados con:
- Conceptos clave: diabetes, tipos, insulina, páncreas, energía.
- Alimentación: grupos de alimentos, distribución, cantidades...
- Ejercicio físico: importancia en la diabetes, precauciones, prevención de hipoglucemias..
- Control/autocontrol de los niveles de glucosa: justificación del autocontrol si procede, técnica correcta si procede, horario, frecuencia, interpretación de resultados, registro de datos. En pacientes que no requieran autocontrol, explicar la importancia de acudir a los controles periódicos en consulta.
- Tratamiento con ADO/insulina: tipos, mecanismos de acción, correcta administración..
- Hipo/hiperglucemias: concepto, síntomas, prevención, tratamiento, manejo del glucagón...
2. Que los pacientes expresen una mejor o mayor aceptación de su problema y un adecuado manejo del mismo.
3. Que los pacientes pongan en práctica acciones para el control de su enfermedad.

MÉTODO

Se realizarán tres sesiones por grupo de 90 minutos cada una, cada grupo no será superior a 12-15 personas. Se impartirán sesiones teóricas tras las cuales se fomentará la participación del grupo para que expresen dudas, experiencias, opiniones...
Para finalizar, si lo requiere la actividad, se llevará a cabo taller práctico.
Sesión 1: Conceptos clave en diabetes/alimentación
Sesión 2: Ejercicio físico/autocontrol y control en consulta.
Sesión 3: Tratamiento/hipo e hiperglucemias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1275

1. TÍTULO

EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

Recursos:Pizarra,proyector,material diabético,material educativo escrito.

INDICADORES

Evaluaremos el proyecto mediante:

- Registro de asistencia
- Cuestionarios de evaluación anónimos tras cada sesión
- cuestionarios de satisfacción final.

A los seis meses se evaluarán datos de los pacientes:glucemia,hemoglobina glicosilada,control de peso,número de hipoglucemias.

Indicadores:

- número de asistentes del total de convocados
- número de personas que superan el test de evaluación final tras cada sesión.
- número de personas satisfechas con el proyecto tras finalizar las sesiones.

Indicadores a los seis meses:

- Número de personas que han mejorado su glucemia
- Número de personas que han mejorado el nivel de hemoglobina glicosilada
- Número de personas que han reducido su IMC
- Número de personas que han reducido complicaciones(hipo e hiperglucemias).

DURACIÓN

Se realizarán sesiones de 90 minutos una vez por semana de entre 12 y 15 personas.Como mínimo se pretende conseguir un grupo por cada municipio,por tanto un mínimo de 21 sesiones.Se prevé que en los municipios de Illueca y Brea de Aragón se origine mas de un grupo.

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 - 2018/0603

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA A PACIENTES CON EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE MORATA DE JALON

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE YOLANDA NAYA MATEU
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro CS MORATA DE JALON
 · Localidad MORATA DE JALON
 · Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 · Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 RAMOS ROY MARIA ISABEL
 SOS ROYO BERTA
 PUERTAS CANTERIA ALFONSO
 TEJEDOR SAN JOSE ROSARIO
 GONZALVO SANCHEZ PASCUAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tercer trimestre 2018

- Revisión de la base de datos de pacientes EPOC con criterios de inclusión (pacientes no dependientes y con accesibilidad) en el CS Morata de Jalón enviada por DAP.
- Revisión actualizada de los tipos de dispositivos y posterior realización de hojas explicativas de cada uno de ellos incluyendo la técnica inhalatoria.
- Búsqueda de material para la realización de las presentaciones en Powerpoint para los dos talleres.
- Diseño de la encuesta de satisfacción valorando duración, contenidos y objetivos alcanzados con pregunta abierta para sugerencias y comentarios.

Primer trimestre 2019

Se realizaron dos talleres de 2 horas de duración los días 1 y 6 de febrero con 5 y 11 pacientes respectivamente, citados previamente vía telefónica por la administrativa del Centro de Salud.

Los talleres constaron de dos partes:

- Una parte teórica, donde se hace un abordaje integral de la enfermedad (educación sanitaria).
- Otra parte práctica, donde tras explicar los distintos tipos de dispositivos y la correcta técnica inhalatoria cada uno de los pacientes de forma individual practicó su manejo y uso correcto.

Posteriormente se cumplimentó el Taitest y la encuesta de satisfacción.

Al finalizar se hizo entrega, según el tipo de dispositivo de uso individual, de una hoja explicativa con la correcta técnica inhalatoria.

Como seguimiento para comprobar y reforzar los conocimientos adquiridos y resolver las dudas que hubieran podido surgir, se aconsejó citarse a los 15-20 días con la enfermera de su cupo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES

Se diseñan tres tipos de indicadores:

1. Número de pacientes EPOC con criterios de inclusión participan en los 2 talleres / Número total de pacientes EPOC con criterios de inclusión. Objetivo: 30%

Tras la realización de ambos talleres y a pesar de tratarse de una actividad que depende de terceros, se logra alcanzar un objetivo cercano al 30%, 27,12% (en el primer taller se alcanza un 8,47% de participación (5 pacientes) y en el segundo taller se alcanza un 18,65% (11 pacientes), sobre un total de 59 pacientes EPOC con criterios de inclusión obtenidos de la base de datos facilitada por DAP de Calatayud.

2. Número de pacientes EPOC con criterios de inclusión que realizan un uso correcto de los dispositivos / Número total de pacientes EPOC con criterios de inclusión que participan en ambos talleres. Objetivo: 60%

TALLER 1 (01/02/19)

Los resultados obtenidos sobre los pacientes que realizan un uso correcto de la técnica inhalatoria en los que participan 5 pacientes antes de la realización del taller fue del 40% (2 de los 5 pacientes hacen un uso correcto) pasando a ser un 80% tras la finalización del taller (4 de 5 pacientes hacen un uso correcto), por lo que se supera el objetivo o estándar propuesto del 60%.

En este primer taller se citaron en un principio un total de 8 pacientes, pero al final acudieron 5 por coincidencia con entierro en Morata de Jalón (curiosamente el fallecido era uno de los citados a este primer taller).

TALLER 2 (06/02/19)

Los resultados obtenidos sobre los pacientes que realizan un uso correcto de la técnica inhalatoria en los que participan 11 pacientes antes de la realización del taller fue del 45,45% (5 de los 11 pacientes hacen un uso correcto) pasando a ser un 63,63% tras la finalización del taller (7 de 11 pacientes hacen un uso correcto), por lo que se supera el objetivo o estándar propuesto del 60%.

Resaltar que en este segundo taller acudió de forma voluntaria (sin citación previa) una persona asmática al enterarse del taller con el objetivo de comprobar y reforzar si estaba haciendo un uso correcto de la técnica inhalatoria con su tratamiento del asma.

3. Número de pacientes EPOC con adherencia al tratamientos con inhaladores (taitest) / Número total de pacientes EPOC con criterios de inclusión que participan en ambos talleres. Objetivo: 50%

TAITEST	TALLER 1	TALLER 2
NIVEL DE ADHERSIÓN	(5 Pacientes)	(11 Pacientes)
Buena (=50 puntos)	0	1
Media (46 - 49 puntos)	4	7
Mala (<=45 puntos)	1	3
TIPO DE INCUMPLIMIENTO		

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0603

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA A PACIENTES CON EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE MORATA DE JALON

Errático 3 9
Deliberativo 2 2
Inconsciente 0 0

En los resultados obtenidos en ambos talleres observamos que el grado de adhesión al tratamiento predominante es el intermedio (46-49 puntos) y el tipo de incumplimiento es el errático (paciente que olvida la toma de medicación).
Como se trata de una actividad que depende de terceros el seguimiento a los 15-20 días siguientes por la enfermera de cupo ha sido bajo (37,5% inferior a nuestro objetivo marcado del 50%, sólo acuden 6 de los 16 participantes en ambos talleres), por lo que no podemos sacar conclusiones o resultados finales en este indicador en cuanto al grado de adherencia y cumplimiento del tratamiento propuesto.
- Se elaboró una encuesta final de satisfacción en ambos talleres, con 10 items que se valoran de 1-5 (1: Insatisfacción total, 5: Satisfacción total) y una pregunta abierta para sugerencias.
La evaluación de la misma ha dado como resultado:
CONTENIDO
¿Los contenidos han cubierto sus expectativas?. Valor medio: 4,89.
¿Los temas se han tratado con la profundidad que esperaba?. Valor medio 4,89.
METODOLOGÍA / ORGANIZACIÓN
¿La duración del taller ha sido adecuada?. Valor medio: 4,78.
¿La metodología se ha adecuado a los contenidos?. Valor medio: 5.
¿Las condiciones ambientales (aula, mobiliario, recursos utilizados) han sido adecuadas para facilitar el proceso formativo?. Valor medio: 4,78
PROFESIONALES
¿Los profesionales dominan la materia?. Valor medio: 5.
¿Los contenidos se han expuesto con la debida claridad?. Valor medio: 5.
¿Motiva y despierta interés en los asistentes?. Valor medio: 4,89.
VALORACIÓN / SUGERENCIAS
¿La información recibida es útil para el conocimiento y manejo de mi enfermedad?. Valor medio: 4,89.
Señale aspectos para mejorar la calidad de esta acción formativa: No hubo sugerencias.

OBJETIVOS ESPERADOS

- La mejora de la calidad de la formación en la técnica inhalatoria además de recordar la importancia de su adhesión al tratamiento terapéutico.
- Mediante el refuerzo de la educación sanitaria ayudar a mejorar la autonomía y el empoderamiento del paciente sobre su salud y como proceder ante síntomas de alerta lo que contribuirá a mejorar el pronóstico y calidad de vida y a disminuir la frecuencia y gravedad de las exacerbaciones, complicaciones y los ingresos hospitalarios.
- Reforzar la importancia del enjuague bucal tras la aplicación de los inhaladores, dado el alto grado de incumplimiento observado en ambos talleres, siendo la causa observada en la mayoría de los casos el desconocimiento de dicha actuación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Propuestas de mejora
- Valorando los resultados obtenidos en ambos talleres consideramos que existe una necesidad constante y permanente de revisar y reforzar tanto la educación sanitaria como la técnica inhalatoria en las consultas de AP dado el alto grado de desconocimiento que hemos observado lo que conlleva en muchas ocasiones al abandono de la medicación, la mala cumplimentación, las reagudizaciones y la merma en la calidad de vida además del aumento de las comorbilidades y por tanto del gasto sanitario evitable.
 - Mejorar la falta de continuidad y seguimiento por parte de las consultas de AP (revisión tratamientos, realización espirometrías...) además de la comunicación y coordinación con los neumólogos de área mejorando los protocolos de actuación en cuanto a derivaciones y seguimiento de estos pacientes. La comunicación entre los profesionales sanitarios es un factor indispensable para mejorar la calidad asistencial del paciente crónico y el correcto abordaje de su enfermedad, por eso es básico poner nuestro empeño en propiciar que los procesos de comunicación sean lo más eficientes posibles. Para una atención integral del paciente EPOC es fundamental una coordinación y una comunicación fluida entre AP y AE.
 - Mejorar el infradiagnóstico de la EPOC que sigue existiendo además de en sus tratamientos dada su alta prevalencia. Actualmente existe un 73% de EPOC no diagnosticados, mayor porcentaje en mujeres que en hombres. Una de las soluciones pasaría por aumentar y hacer espirometrías como prueba habitual en las consultas médicas.
 - Aumentar las campañas y políticas que ayudan a la deshabituación del tabaco, gran responsable de esta enfermedad que causa al año 287.667 muertes evitables.
 - Conocer las condiciones que actúan como barreras de la adhesión del paciente y del tipo de incumplimiento terapéutico nos proporcionaría una valiosa información para incorporar medidas correctoras específicas en los programas de educación sanitaria.
 - La falta de adherencia terapéutica en términos globales afecta hasta al 50% de los pacientes crónicos, que, a su vez suponen la mitad de la población española, lo que tiene importantes consecuencias negativas para la salud de los pacientes y un significativo impacto en la sostenibilidad del sistema sanitario, por este motivo hay que ser conscientes de la necesidad de aunar esfuerzos para mejorar de forma integral este problema.
 - Es fundamental y prioritario en el paciente EPOC el aumento del protagonismo en la gestión de su salud.

7. OBSERVACIONES.

Se añade a María Isabel Ramos Roy como componente del equipo de mejora al ser la persona encargada de realizar las citaciones a los pacientes para ambos talleres.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0603

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA A PACIENTES CON EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE MORATA DE JALON

*** ===== Resumen del proyecto 2018/603 ===== ***

Nº de registro: 0603

Título
EDUCACION SANITARIA A PACIENTES CON EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE MORATA DE JALON

Autores:
NAYA MATEU YOLANDA, SOS ROYO BERTA, PUERTAS CANTERIA ALFONSO, TEJEDOR SAN JOSE ROSARIO, GONZALVO SANCHEZ PASCUAL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes con EPOC constituyen una de las líneas estratégicas prioritarias en la AP de Salud por tratarse de una patología con una alta prevalencia y carga de morbimortalidad lo que a su vez repercute en una importante carga social y económica.

La mayoría de los pacientes son especialmente vulnerables por coexistir en ellos además asociados muchas veces otras patologías crónicas (cardio-vasculares, DM, nefropatías, cáncer, desnutrición, infecciones...) o factores asociados como la edad avanzada, déficits cognitivos, pacientes polimeditados o pluripatológicos entre otros factores lo que obstaculiza y empeora el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.

Los pacientes con EPOC precisan tratamiento INTEGRAL lo que comprende tanto medidas generales no farmacológicas (educación sanitaria, cesación tabáquica, actividad física, nutrición, vacunación, rehabilitación respiratoria, comorbilidades,) y farmacológicas.

La intervención educativa es fundamental y debe situarse en el primer escalón terapéutico de la EPOC y corresponde a todos los profesionales sanitarios.

Por todo ello y siendo la EPOC una de las líneas estratégicas prioritarias del SALUD y nuestra zona sanitaria, una zona sanitaria con mucha población mayor con importantes comorbilidades se plantea mejorar el adiestramiento de los autocuidados de los paciente con EPOC incidiendo sobretodo en aquellos que mantienen todavía unas aptitudes mínimas para ello.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar el seguimiento clínico de la EPOC en el C.S. Morata de Jalón.
- Conseguir una mejora del pronóstico y calidad de vida y un descenso de la frecuencia y gravedad de las exacerbaciones, complicaciones e ingresos hospitalarios mediante educación sanitaria.
- Fomentar la comunicación y el feedback entre los pacientes y el equipo de AP del C.S. de Morata de Jalón.
- Mejorar la autonomía y la responsabilidad del paciente sobre su salud.

MÉTODO

- Reforzar o incrementar los conocimientos generales de su enfermedad.
- Reconocer los síntomas de alerta de las reagudizaciones y cómo proceder ante las mismas.
- Optimizar y realizar un uso correcto de los dispositivos inhaladores.
- Introducir en los pacientes habilidades de autoadministración de fisioterapia respiratoria.
- Fuente de datos: Elaboración actualizada de base de pacientes EPOC en OMI de la zona conforme con los criterios de inclusión establecidos (pacientes no dependientes y con accesibilidad al C.S. de Morata de Jalón). Dicha captación la realiza en cada cupo su Médico de AP y su enfermera.
- La actividad se realizará en forma de taller o sesión de educación para la salud grupal.

El número de talleres como es una actividad nueva y que "depende de terceros" se fijará un estándar mínimo para este año de una sesión formativa con un número aproximado de entre 5-10 pacientes EPOC que serán informados y citados mediante llamada telefónica.

El taller durará entre 1-2 horas y constará de dos partes:

Una parte teórica, por medio de una presentación se realizará un abordaje integral de la enfermedad (educación sanitaria, fisioterapia respiratoria...)

Una parte práctica, donde cada paciente traerá su dispositivo inhalador practicando cada uno de ellos de forma individualizada el manejo y uso correcto. Además se les entregará individualmente una hoja explicativa para llevarse a casa como modelo recordatorio a seguir.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0603

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA A PACIENTES CON EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE MORATA DE JALON

INDICADORES

- Cobertura: Número de EPOC participantes con criterios de inclusión sobre el total de EPOC de la zona.
- Un test de adherencia a los inhaladores (taitest)
- Una encuesta de satisfacción anónima de 10 preguntas para poder valorar duración, contenidos y objetivos adquiridos dejando alguna pregunta abierta para observación, sugerencias y comentarios.
- Posteriormente, al mes, se realizará un seguimiento por su enfermera de cupo en su consulta programada para comprobar y reforzar los conocimientos adquiridos además de resolver las dudas que hubieran podido volver a surgir.

Indicadores y objetivos:

Número de pacientes EPOC con criterios de inclusión que participen en el taller / Número total de pacientes EPOC con criterios de inclusión. Objetivo: 30%.

Número de pacientes EPOC que realizan un uso correcto de los dispositivos / Número total de pacientes EPOC con criterios de inclusión. Objetivo: 60%

Número de pacientes EPOC con adherencia al tratamiento con inhaladores (taitest) / Número total de pacientes EPOC con criterios de inclusión. Objetivo: 50%.

DURACIÓN

Elaboración base de pacientes EPOC conformes a los criterios de inclusión y recogida de datos iniciales en tercer trimestre 2018.

- Valoración actividades realizadas, octubre 2018-marzo 2019.

Evaluación final proyecto, abril 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 - 2018/0122

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE JOAQUIN MERINO LABORDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SABIÑAN
· Localidad SABIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICIOSO ELIPE LOURDES
JASO GRAU DOLORES
NAYA MATEU YOLANDA
JABBOUR NEEMI ISSA
IBARZO SANCHEZ CLAUDIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el mes de marzo 2018, contacto con la responsable del servicio de farmacovigilancia para conocer el número de notificaciones 2017.

Con fecha 16 de marzo se recibió la información solicitada:

Notificaciones RAM 2017 : Sabiñan 25 (tasa por 100.000 habitantes/ TIS 1054,85), sector Calatayud (primaria) 44 (tasa 84,44) Aragón -contando sólo notificaciones de primaria y población total, aquí no TIS- 1121, tasa 84,48.

Se han realizado dos sesiones formativas a lo largo del año :

Con fecha 1/3/18 se realizó sesión clínica a la que asistieron los cuatro médicos titulares y una MAC y donde se repasó el concepto de RAM, que notificar y como hacerlo en e-receta.

El día 2/10/2018 se realiza una nueva sesión formativa a la que también acude el personal de enfermería.

A lo largo del año se ha mantenido contacto con la responsable del servicio de farmacovigilancia que nos ha facilitado de forma periódica los datos necesarios

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con fecha 4/5/18 se recibe la información del corte del primer cuatrimestre

Notificaciones RAM : Sabiñan 21 (tasa por 100.000 habitantes/ TIS 886,08), sector Calatayud (primaria) 29 - (tasa 55,65), Aragón -contando sólo notificaciones de primaria y población total, aquí no TIS- 215, tasa 17,53
Ya en el primer cuatrimestre se han conseguido 21 notificaciones (25 en todo el año 2017) y además y como más importante, se ha pasado de un solo notificador a cuatro médicos notificadores.

En los nueve primeros meses se han notificado un total de 25 RAM, teniendo en cuenta el periodo estival, se acepta como una cifra razonable y dentro de lo esperado

Los resultados a final del año 2018 son los siguientes:

Sabiñan 40 (tasa por 100.000 habitantes/ TIS 1687,76), sector Calatayud (primaria) 56 - (tasa 107,46), Aragón -contando sólo notificaciones de primaria y población total, aquí no TIS- 538, tasa 40,55.

El incremento en número absoluto de notificaciones ha sido de 15 (25 en 2017) un 60% - OBJETIVO INICIAL INCREMENTO DE AL MENOS UN 10% -, además como dato muy destacable, el número de notificadores ha pasado de uno a cinco lo que demuestra la implicación de los miembros del equipo con este proyecto.

Un 71,26% de las notificaciones de nuestro sector (Calatayud), corresponden a nuestro EAP y un 7,43 del total de Aragón, cifras muy notables teniendo en cuenta que nuestra población atendida es de apenas unos 2000 habitantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La notificaciones de RAM, son importantes para la seguridad clínica de los pacientes. Hemos comprobado que a veces no se realizaban por desconocimiento del procedimiento o de aquellos supuestos que se deben declarar.

La mejora en la formación y el control periódico del número de notificaciones redundan en una mejora del procedimiento.

Consideramos que el proyecto de mejora ha alcanzado unos grandes resultados aunque lo importante es el mantenimiento de las notificaciones a largo plazo, mediante la incorporación de las mismas a nuestra rutina de trabajo.

Sería recomendable exportar este proyecto de mejora al sector para mejorar las notificaciones en otros centros, mediante la formación en los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/122 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0122

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

Nº de registro: 0122

Título
MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

Autores:
MERINO LABORDA JOAQUIN, VICIOSO ELIPE LOURDES, IBARZO SANCHEZ CLAUDIO, JABBOUR NEEMI ISSA, NAYA MATEU YOLANDA, JASO GRAU MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

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, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
TRAS UN FALLO EN EL APLICATIVO DE E-RECETA POR EL QUE AL NOTIFICAR NUEVAS RAM, NO SE INCLUÍA LA MEDICACIÓN PREVIA, DERIVÓ EN LA COMPROBACIÓN DEL ESCASO NÚMERO DE NOTIFICACIONES REALIZADAS Y CIERTO GRADO DE DESCONOCIMIENTO DE ESTE MÓDULO.
CONTACTAMOS CON EL SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA PARA CONOCER LOS DATOS DE NOTIFICACIONES ACTUALES.

CONSIDERAMOS QUE LA NOTIFICACIÓN DE R.A.M. REDUNDA EN UN BENEFICIO EN LA SEGURIDAD CLÍNICA DE NUESTROS PACIENTES POR LO QUE ESTA DEBE SER UNA PRÁCTICA HABITUAL SISTEMATIZADA E INTERIORIZADA COMO UN MECANISMO NORMAL DENTRO DE LA ATENCIÓN SANITARIA.

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LOS REGISTROS DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS TANTO EN TÉRMINOS CUANTITATIVOS COMO CUALITATIVOS.

INCREMENTAR EL NÚMERO DE NOTIFICACIONES AL SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA A TRAVÉS DEL MÓDULO DE E-RECETA

ESTE INCREMENTO SE BUSCA EN TODOS LOS CUPOS DEL EAP ASÍ COMO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUADA SI SE DETECTASEN EN ESTE PERIODO.

MÉTODO
CONTACTO CON SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS NUMÉRICOS DE NOTIFICACIÓN DE NUESTRO EAP EN AÑOS PREVIOS Y A SER POSIBLE SU COMPARACIÓN CON EL SECTOR Y SALUD.
ASÍ COMO LA OBTENCIÓN DE ESTOS DE FORMA TRI/CUATRIMESTRAL

SE REALIZARÁ UNA SESIÓN INICIAL DE PRESENTACIÓN DEL MÓDULO DE E RECTA PARA LA NOTIFICACIÓN ASÍ COMO FORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL CORRECTO REGISTRO EN OMI.

DE FORMA CUATRIMESTRAL SE EVALUARÁ LA EVOLUCIÓN EN EL NÚMERO DE NOTIFICACIONES AL MENOS DE FORMA GLOBAL Y A SER POSIBLE DIFERENCIADO POR CUPOS.

INDICADORES
NÚMERO ABSOLUTO DE NOTIFICACIONES RAM AL Sº FARMACOVIGILANCIA.

1. INCREMENTO DE AL MENOS 10% RESPECTO A LAS NOTIFICACIONES DEL AÑO 2017
2. LA FUENTE DE DATOS SERÁ EL Sº FARMACOVIGILANCIA QUE APORTARÁ LOS DATOS PRECISOS.

DURACIÓN
PRIMER TRIMESTRE DE 2018 REALIZACIÓN DE SESIÓN FORMATIVA PARA LOS MÉDICOS DEL EAP.

PRIMER TRIMESTRE DE 2018: OBTENCIÓN DE DATOS DEL AÑO 2017 DEL Sº FARMACOVIGILANCIA.

JUNIO 2018, PRIMERA EVALUACIÓN DE NOTIFICACIONES REALIZADAS DESDE NUESTRO EAP EN BASE A LA INFORMACIÓN REMITIDA POR EL Sº FARMACOVIGILANCIA.

DICIEMBRE 2018 EVALUACIÓN FINAL.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0122

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

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 - 2018/0122

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE JOAQUIN MERINO LABORDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SAVIÑAN
· Localidad SAVIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICIOSO ELIPE LOURDES
IBARZO SANCHEZ CLAUDIO
JABBOUR NEEMI ISSA
NAYA MATEU YOLANDA
JASO GRAU DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el mes de marzo 2018, contacto con la responsable del servicio de farmacovigilancia para conocer el número de notificaciones 2017.

Con fecha 16 de marzo se recibió la información solicitada:

Notificaciones RAM 2017 : Sabiñan 25 (tasa por 100.000 habitantes/ TIS 1054,85), sector Calatayud (primaria) 44 (tasa 84,44) Aragón -contando sólo notificaciones de primaria y poblacion total, aquí no TIS- 1121, tasa 84,48.

Se han realizado dos sesiones formativas a lo largo del año :

Con fecha 1/3/18 se realizó sesión clínica a la que asistieron los cuatro médicos titulares y una MAC y donde se repasó el concepto de RAM, que notificar y como hacerlo en e-receta.

El día 2/10/2018 se realiza una nueva sesión formativa a la que también acude el personal de enfermería.

A lo largo del año se ha mantenido contacto con la responsable del servicio de farmacovigilancia que nos ha facilitado de forma periódica los datos necesarios

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con fecha 4/5/18 se recibe la información del corte del primer cuatrimestre

Notificaciones RAM : Sabiñan 21 (tasa por 100.000 habitantes/ TIS 886,08), sector Calatayud (primaria) 29 - (tasa 55,65), Aragón -contando sólo notificaciones de primaria y población total, aquí no TIS- 215, tasa 17,53

Ya en el primer cuatrimestre se han conseguido 21 notificaciones (25 en todo el año 2017) y además y como más importante, se ha pasado de un solo notificador a cuatro médicos notificadores.

En los nueve primeros meses se han notificado un total de 25 RAM, teniendo en cuenta el periodo estival, se acepta como una cifra razonable y dentro de lo esperado

Los resultados a final del año 2018 son los siguientes:

Sabiñan 40 (tasa por 100.000 habitantes/ TIS 1687,76), sector Calatayud (primaria) 56 - (tasa 107,46), Aragón -contando sólo notificaciones de primaria y población total, aquí no TIS- 538, tasa 40,55.

El incremento en número absoluto de notificaciones ha sido de 15 (25 en 2017) un 60% - OBJETIVO INICIAL INCREMENTO DE AL MENOS UN 10% -, además como dato muy destacable, el número de notificadores ha pasado de uno a cinco lo que demuestra la implicación de los miembros del equipo con este proyecto.

Un 71,26% de las notificaciones de nuestro sector (Calatayud), corresponden a nuestro EAP y un 7,43 del total de Aragón, cifras muy notables teniendo en cuenta que nuestra población atendida es de apenas unos 2000 habitantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La notificaciones de RAM, son importantes para la seguridad clínica de los pacientes. Hemos comprobado que a veces no se realizaban por desconocimiento del procedimiento o de aquellos supuestos que se deben declarar.

La mejora en la formación y el control periódico del número de notificaciones redundan en una mejora del procedimiento.

Consideramos que el proyecto de mejora ha alcanzado unos grandes resultados aunque lo importante es el mantenimiento de las notificaciones a largo plazo, mediante la incorporación de las mismas a nuestra rutina de trabajo.

Sería recomendable exportar este proyecto de mejora al sector para mejorar las notificaciones en otros centros, mediante la formación en los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/122 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0122

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

Nº de registro: 0122

Título
MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

Autores:
MERINO LABORDA JOAQUIN, VICIOSO ELIPE LOURDES, IBARZO SANCHEZ CLAUDIO, JABBOUR NEEMI ISSA, NAYA MATEU YOLANDA, JASO GRAU MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

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, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
TRAS UN FALLO EN EL APLICATIVO DE E-RECETA POR EL QUE AL NOTIFICAR NUEVAS RAM, NO SE INCLUÍA LA MEDICACIÓN PREVIA, DERIVÓ EN LA COMPROBACIÓN DEL ESCASO NÚMERO DE NOTIFICACIONES REALIZADAS Y CIERTO GRADO DE DESCONOCIMIENTO DE ESTE MÓDULO.
CONTACTAMOS CON EL SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA PARA CONOCER LOS DATOS DE NOTIFICACIONES ACTUALES.

CONSIDERAMOS QUE LA NOTIFICACIÓN DE R.A.M. REDUNDA EN UN BENEFICIO EN LA SEGURIDAD CLÍNICA DE NUESTROS PACIENTES POR LO QUE ESTA DEBE SER UNA PRÁCTICA HABITUAL SISTEMATIZADA E INTERIORIZADA COMO UN MECANISMO NORMAL DENTRO DE LA ATENCIÓN SANITARIA.

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LOS REGISTROS DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS TANTO EN TÉRMINOS CUANTITATIVOS COMO CUALITATIVOS.

INCREMENTAR EL NÚMERO DE NOTIFICACIONES AL SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA A TRAVÉS DEL MÓDULO DE E-RECETA

ESTE INCREMENTO SE BUSCA EN TODOS LOS CUPOS DEL EAP ASÍ COMO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUADA SI SE DETECTASEN EN ESTE PERIODO.

MÉTODO
CONTACTO CON SERVICIO DE FARMACOVIGILANCIA PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS NUMÉRICOS DE NOTIFICACIÓN DE NUESTRO EAP EN AÑOS PREVIOS Y A SER POSIBLE SU COMPARACIÓN CON EL SECTOR Y SALUD.
ASÍ COMO LA OBTENCIÓN DE ESTOS DE FORMA TRI/CUATRIMESTRAL

SE REALIZARÁ UNA SESIÓN INICIAL DE PRESENTACIÓN DEL MÓDULO DE E RECTA PARA LA NOTIFICACIÓN ASÍ COMO FORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL CORRECTO REGISTRO EN OMI.

DE FORMA CUATRIMESTRAL SE EVALUARÁ LA EVOLUCIÓN EN EL NÚMERO DE NOTIFICACIONES AL MENOS DE FORMA GLOBAL Y A SER POSIBLE DIFERENCIADO POR CUPOS.

INDICADORES
NÚMERO ABSOLUTO DE NOTIFICACIONES RAM AL Sº FARMACOVIGILANCIA.

1. INCREMENTO DE AL MENOS 10% RESPECTO A LAS NOTIFICACIONES DEL AÑO 2017
2. LA FUENTE DE DATOS SERÁ EL Sº FARMACOVIGILANCIA QUE APORTARÁ LOS DATOS PRECISOS.

DURACIÓN
PRIMER TRIMESTRE DE 2018 REALIZACIÓN DE SESIÓN FORMATIVA PARA LOS MÉDICOS DEL EAP.

PRIMER TRIMESTRE DE 2018: OBTENCIÓN DE DATOS DEL AÑO 2017 DEL Sº FARMACOVIGILANCIA.

JUNIO 2018, PRIMERA EVALUACIÓN DE NOTIFICACIONES REALIZADAS DESDE NUESTRO EAP EN BASE A LA INFORMACIÓN REMITIDA POR EL Sº FARMACOVIGILANCIA.

DICIEMBRE 2018 EVALUACIÓN FINAL.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0122

1. TÍTULO

MEJORA EN EL REGISTRO Y NOTIFICACION DE REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS

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 - 2018/0123

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN

Fecha de entrada: 09/01/2019

2. RESPONSABLE BEATRIZ NAVARRA VICENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SABIÑAN
· Localidad SABIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MERINO LABORDA JOAQUIN
JABBOUR NEEMI ISSA
HUERTAS BADOS LUISA
JASO GRAU DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el primer trimestre de 2018 se ha diseñado la encuesta de satisfacción que se deberá cumplimentar tras realizar la actividad formativa.

En abril se contacta con el colegio de Sabiñán para realizar la actividad formativa con el profesorado

Se solicita el material y recoge en la unidad docente (HCU)

Con fecha 16/05/2018 se realiza sesión en el colegio de Sabiñán a la que acuden un total de ocho docentes. La formación tiene una duración aproximada de dos horas. Se ha decidido a petición del profesorado unificar en una sesión del doble de duración toda la actividad.

Al finalizar la misma se entrega encuesta de satisfacción para su cumplimentación.

Inicialmente estaba prevista una segunda edición, se ha esperado hasta el nuevo inicio de curso, pero dado que el profesorado es el mismo se pospone hasta el curso 2019/2020

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se habían diseñado dos indicadores:

Indicador 1: número de sesiones formativas impartidas.

Estándar: dado que se trata de una nueva actividad y que depende de terceros, se fijará un estándar mínimo para este año de dos sesiones formativas.(en un centro educativo)

Fuente de datos: registro de actividades formativas.

Se ha cumplido el objetivo al realizar dos sesiones, aunque las sesiones se unificaron en una sola jornada a petición del profesorado.

Indicador 2: satisfacción: al menos el 60% de los asistentes consideran adecuada la actividad

Fuente de datos: encuesta de satisfacción.

El análisis de la encuesta da los siguientes resultados.

¿Se han cubierto los objetivos y expectativas que tenías respecto al curso? (evaluar del 1 al 10) Media: 9,37

¿En qué grado son útiles y aplicables los contenidos aprendidos? (evaluar del 1-10) Media: 9,5

La metodología empleada por los docentes, ¿ha sido adecuada para el correcto desarrollo de las sesiones? (evaluar del 1-10) Media: 9,37

Cuál es tu valoración global del curso (evaluar del 1-10) Media: 9,37

Propuestas de mejora:

Más ejemplos concretos de situaciones que se suelen dar en un aula.

Observaciones:

Me ha parecido muy apropiada y es necesaria.

Se ha cumplido el objetivo inicial marcado ya que la nota media supera el 9, superando incluso las expectativas iniciales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La interrelación con otros colectivos que también pueden estar implicados en el control de salud de la población, reporta beneficios evidentes y son muy bien recibidos por estos.

Siempre se plantea una necesidad constante de mejora en la formación y el que desde un EAP rural esta pueda ser realizada, mejora todavía más esta percepción además de la satisfacción personal del docente.

El proyecto ha cumplido con su objetivo inicial de formar al profesorado en primeros auxilios, obteniendo además un alto grado de aceptación.

Dado que la profesional encargada del proyecto y la formación va a dejar próximamente su actividad en nuestro EAP y hasta la llegada del nuevo pediatra, decidimos dar por concluido el proyecto y retomarlo tan pronto como sea posible.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0123

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN

*** ===== Resumen del proyecto 2018/123 ===== ***

Nº de registro: 0123

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN

Autores:
NAVARRA VICENTE BEATRIZ, JABBOUR NEEMI ISSA, HUERTAS BADOS MARIA LUISA, JASO GRAU MARIA DOLORES, MERINO LABORDA JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑAN

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante su estancia en los colegios la población infantil es susceptible de sufrir tanto accidentes como patologías agudas que requieran una rápida intervención.
Creemos importante que el personal docente que está en contacto con los alumnos adquiera las habilidades necesarias para actuar en situaciones de urgencias hasta la llegada de los servicios sanitarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Capacitar al personal docente para la actuación inicial en situaciones de urgencia, hasta la movilización y llegada de los servicios sanitarios correspondientes.

MÉTODO
Se realizarán en cada centro educativo, al menos dos sesiones de trabajo de aproximadamente una hora de duración a impartir por personal sanitario del EAP y dedicado al personal docente.
En las sesiones está previsto impartir nociones básicas sobre RCP básica, atragantamiento, atención en primeros auxilios (caídas, heridas, contusiones, convulsión, fiebre...). Se realizará un pequeño simulacro al final, tanto de RCP básica como de atragantamiento .
Se diseñará una encuesta de satisfacción a cumplimentar por los alumnos al final de las sesiones y que al menos abarcará los items suficientes relacionados con objetivos alcanzados, expectativas y metodología empleada.

INDICADORES
Indicador 1: número de sesiones formativas impartidas.
Estándar: dado que se trata de una nueva actividad y que depende de terceros, se fijará un estándar mínimo para este año de dos sesiones formativas.(en un centro educativo)
Fuente de datos: registro de actividades formativas.
Indicador 2: satisfacción: al menos el 60% de los asistentes consideran adecuada la actividad
Fuente de datos: encuesta de satisfacción.

DURACIÓN
En el primer cuatrimestre de 2018, contacto con los centros educativos interesados.
En el primer semestre de 2018, realizar al menos dos sesiones formativas en un centro educativo .
En el último cuatrimestre de 2018 dos sesiones formativas en un centro educativo .
Diciembre 2018 evaluación del proyecto (actividades realizadas y encuestas de satisfacción)
En caso de que así sea requerido el proyecto se podrá prolongar a años venideros.

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 - 2018/0123

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0123

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE BEATRIZ NAVARRA VICENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SABIÑAN
· Localidad SABIÑAN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MERINO LABORDA JOAQUIN
JABBOUR NEEMI ISSA
HUERTAS BADOS LUISA
JASO GRAU DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el primer trimestre de 2018 se ha diseñado la encuesta de satisfacción que se deberá cumplimentar tras realizar la actividad formativa.

En abril se contacta con el colegio de Sabiñán para realizar la actividad formativa con el profesorado

Se solicita el material y recoge en la unidad docente (HCU)

Con fecha 16/05/2018 se realiza sesión en el colegio de Sabiñán a la que acuden un total de ocho docentes. La formación tiene una duración aproximada de dos horas. Se ha decidido a petición del profesorado unificar en una sesión del doble de duración toda la actividad.

Al finalizar la misma se entrega encuesta de satisfacción para su cumplimentación.

Inicialmente estaba prevista una segunda edición, se ha esperado hasta el nuevo inicio de curso, pero dado que el profesorado es el mismo se pospone hasta el curso 2019/2020

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se habían diseñado dos indicadores:

Indicador 1: número de sesiones formativas impartidas.

Estándar: dado que se trata de una nueva actividad y que depende de terceros, se fijará un estándar mínimo para este año de dos sesiones formativas.(en un centro educativo)

Fuente de datos: registro de actividades formativas.

Se ha cumplido el objetivo, aunque las sesiones se unificaron en una sola jornada a petición del profesorado.

Indicador 2: satisfacción: al menos el 60% de los asistentes consideran adecuada la actividad

Fuente de datos: encuesta de satisfacción.

El análisis de la encuesta da los siguientes resultados.

¿Se han cubierto los objetivos y expectativas que tenías respecto al curso? (evaluar del 1 al 10) Media: 9,37

¿En qué grado son útiles y aplicables los contenidos aprendidos? (evaluar del 1-10) Media: 9,5

La metodología empleada por los docentes, ¿ha sido adecuada para el correcto desarrollo de las sesiones?

(evaluar del 1-10) Media: 9,37

Cuál es tu valoración global del curso (evaluar del 1-10) Media: 9,37

Propuestas de mejora:

Más ejemplos concretos de situaciones que se suelen dar en un aula.

Observaciones:

Me ha parecido muy apropiada y es necesaria.

Se ha cumplido el objetivo inicial marcado, superando incluso las expectativas iniciales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La interrelación con otros colectivos que también pueden estar implicados en el control de salud de la población, reporta beneficios evidentes y son muy bien recibidos por estos.

Siempre se plantea una necesidad constante de mejora en la formación y el que desde un EAP rural esta pueda ser realizada, mejora todavía más esta percepción además de la satisfacción personal del docente.

El proyecto ha cumplido con su objetivo inicial de formar al profesorado en primeros auxilios, obteniendo además un alto grado de aceptación.

Dado que la profesional encargada del proyecto y la formación va a dejar próximamente su actividad en nuestro EAP y hasta la llegada del nuevo pediatra, decidimos cerrar el proyecto y retomarlo tan pronto como sea posible.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0123

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SAVIÑAN

*** ===== Resumen del proyecto 2018/123 ===== ***

Nº de registro: 0123

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SABIÑAN

Autores:
NAVARRA VICENTE BEATRIZ, JABBOUR NEEMI ISSA, HUERTAS BADOS MARIA LUISA, JASO GRAU MARIA DOLORES, MERINO LABORDA JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante su estancia en los colegios la población infantil es susceptible de sufrir tanto accidentes como patologías agudas que requieran una rápida intervención.
Creemos importante que el personal docente que está en contacto con los alumnos adquiera las habilidades necesarias para actuar en situaciones de urgencias hasta la llegada de los servicios sanitarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Capacitar al personal docente para la actuación inicial en situaciones de urgencia, hasta la movilización y llegada de los servicios sanitarios correspondientes.

MÉTODO
Se realizarán en cada centro educativo, al menos dos sesiones de trabajo de aproximadamente una hora de duración a impartir por personal sanitario del EAP y dedicado al personal docente.
En las sesiones está previsto impartir nociones básicas sobre RCP básica, atragantamiento, atención en primeros auxilios (caídas, heridas, contusiones, convulsión, fiebre...). Se realizará un pequeño simulacro al final, tanto de RCP básica como de atragantamiento .
Se diseñará una encuesta de satisfacción a cumplimentar por los alumnos al final de las sesiones y que al menos abarcará los items suficientes relacionados con objetivos alcanzados, expectativas y metodología empleada.

INDICADORES
Indicador 1: número de sesiones formativas impartidas.
Estándar: dado que se trata de una nueva actividad y que depende de terceros, se fijará un estándar mínimo para este año de dos sesiones formativas.(en un centro educativo)
Fuente de datos: registro de actividades formativas.
Indicador 2: satisfacción: al menos el 60% de los asistentes consideran adecuada la actividad
Fuente de datos: encuesta de satisfacción.

DURACIÓN
En el primer cuatrimestre de 2018, contacto con los centros educativos interesados.
En el primer semestre de 2018, realizar al menos dos sesiones formativas en un centro educativo .
En el último cuatrimestre de 2018 dos sesiones formativas en un centro educativo .
Diciembre 2018 evaluación del proyecto (actividades realizadas y encuestas de satisfacción)
En caso de que así sea requerido el proyecto se podrá prolongar a años venideros.

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 - 2018/0123

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS AL PERSONAL DOCENTE DE LOS CENTROS EDUCATIVOS PERTENECIENTES A LA ZBS DE SAVIÑAN

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0560

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE YAMILETH GUERRERO TOLEDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARANDA GARCIA MARIA JESUS
PEÑALOSA GARCIA MARIA ISABEL
GASCON BRUMOS JOSE LUIS
GOTOR LAZARO JOSE MARIA
CARRILLO SORIA SANDRO
ABELLO GIRALDEZ EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de todo el proceso se ha seguido escrupulosamente el calendario marcado:

1. Durante el primer cuatrimestre del año:
? Se propuso la realización de este proyecto al EAP dando su visto bueno por unanimidad. Se llevó a cabo el análisis de pertinencia, diseño y elaboración del mismo.
? Se procedió a la Captación activa en consultas médicas y de enfermería de 60 fumadores > 40 años y se citaron de forma uniforme a lo largo del año en agenda de Espirometrías .
? En fecha 26/04/2018 se procedió al adiestramiento de una enfermera para la realización de espirometrías y se desarrolló una sesión de formación a todos los médicos consistente en el aprendizaje de la interpretación de las mismas.
2. En fecha 9/08/2018: Reunión para valorar el desarrollo del proyecto y realización del primer corte de resultados.
3. En fecha 24/01/2019: Reunión para evaluación final del proyecto, análisis de resultados y conclusiones.

Recursos empleados:

- elaboración de una agenda de espirometrías
- espirómetro
- jeringa calibradora de espirómetro.
- peso y tallímetro
- listado de pacientes con espirometría realizada

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Nº de pacientes mayores de 40 años fumadores a los que se ha realizado espirometría forzada con prueba de broncodilatación: 29 pacientes
 - estándar: 60 pacientes
- ? - fuente de datos: listado elaborado de pacientes con espirometría realizada.
Se observa que el número de espirometrías realizadas se aleja sensiblemente del estándar, alcanzando escasamente el 50% del mismo. Esto se debe a las siguientes causas:
 - Pacientes que después de citados rechazaron por motivos personales la realización de la prueba: 9 pacientes
 - Pacientes que después de citados argumentan dificultades para desplazarse al centro de salud para la realización de la prueba: 7 pacientes
 - Pacientes que después de citados manifiestan que han realizado recientemente una prueba de espirometría en el servicio de neumología al que han sido derivados por alguna patología respiratoria de reciente aparición y rechazan repetir la prueba: 6 pacientes
 - Pacientes que no pueden acudir a la cita por hallarse enfermos: 2 pacientes
 - Pacientes que no acuden a la cita por cambio de domicilio (fuera de la zona de salud): 2 pacientes
 - Pacientes que después de citados no acuden a la cita por motivos laborales : 5 pacientes.
 - Durante un periodo de tiempo que se aproxima al mes el espirómetro no ha estado operativo, lo que también ha dificultado la cobertura del programa.
- Razón de prevalencia de EPOC: Prevalencia de EPOC registrada en zona de salud de Villarroya / Prevalencia de EPOC esperada según EPI-SCAN: 0,21
 - ? - estándar: >0,6
 - ? - fuente de datos: Cuadro de mandos de Acuerdos de Gestión
Se observa que el resultado alcanzado se halla bastante alejado del standard por dos motivos:
 - Por el bajo número de espirometrías realizadas por los motivos antes expuestos
 - Porque los resultados de las espirometrías realizadas en su mayor parte se encuentran dentro de la normalidad y por tanto solo se ha incrementado levemente la prevalencia de EPOC

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de espirometría forzada en pacientes fumadores mayores de 40 años es el mejor método para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0560

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

descubrir la bolsa oculta de pacientes EPOC. Evidentemente en nuestro proyecto no se han conseguido los estándares fijados y se debe fundamentalmente al deficiente sistema de captación y citación de pacientes establecido que no ha previsto suplir con otros pacientes las faltas a la cita de los esperados. Por otra parte se echa de menos la comunicación entre primaria y el servicio de neumología para poner en común las espirometrías realizadas en ambos ámbitos y evitar duplicidad de pruebas. Aun así pensamos que superando los errores metodológicos cometidos puede resultar un proyecto altamente rentable, por lo que vamos a someterlo a la consideración del EAP y a intentarlo nuevamente en 2019 con las modificaciones de metodología oportunas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/560 ===== ***

Nº de registro: 0560

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

Autores:
GUERRERO TOLEDO YAMILETH, ARANDA GRACIA MARIA JESUS, PEÑALOSA GARCIA ISABEL, GASCON BRUMOS JOSE LUIS, GOTOR LAZARO JOSE MARIA, CARRILLO SORIA SANDRO, ABELLO GIRALDEZ EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define por la presencia de una limitación crónica y poco reversible al flujo aéreo, habitualmente progresiva, asociada a una reacción inflamatoria anómala, debida principalmente al humo del tabaco.
Durante el pasado año 2017, nuestro EAP realizó un trabajo importante tanto en prevención y detección del hábito tabáquico como en el tratamiento de la deshabitación tabáquica.
Sin embargo la prevalencia de EPOC registrada en nuestra zona de salud es baja. Por tanto, en el presente proyecto nos centraremos en el diagnóstico precoz de la EPOC, y para ello es necesario la captación activa de toda persona que acude a los servicios sanitarios, mayor de 40 años con factor de riesgo, la generalización de la espirometría como medio diagnóstico y la sensibilización y formación de profesionales en la realización e interpretación de esta prueba con unos criterios de calidad consensuados. La Atención Primaria es el ámbito por excelencia en el que deben desarrollarse estas actividades.
Es decir, se trata de incrementar la detección de pacientes con EPOC. En ese sentido, el estudio EPI-SCAN indica una prevalencia de EPOC en España en población de 40 a 80 años de edad del 10,2%. En nuestra zona de salud la prevalencia de EPOC registrada en enero 2018 es solamente de 1,90%.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo General :
Incrementar la prevalencia de EPOC registrada en la zona de salud de Villarroya de la Sierra .

Objetivo Especifico:
Realización y valoración de espirometría forzada con broncodilatación a 60 personas mayores de 40 años con factor de riesgo de EPOC (fumador) de la zona de salud de Villarroya de la Sierra .

MÉTODO
Actividades de formación:
- Adiestramiento de una enfermera en la realización de espirometrías
- Formación a los médicos en la interpretación de espirometrías
Actividades de organización y control:
- Reunión cuatrimestral para evaluación periódica del proyecto y proponer mejoras en la coordinación del mismo
Actividades de desarrollo del programa:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0560

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

- Captación activa en consulta de pacientes mayores de 40 años fumadores.
- Citación de pacientes en agenda de Espirometrías .
- Realización de Espirometría forzada con prueba broncodilatadora en todo paciente fumador con o sin síntomas respiratorios .
- Valoración de resultado de espirometría y control por parte de médico y enfermera de atención primaria .

INDICADORES

Nº de pacientes mayores de 40 años fumadores a los que se ha realizado espirometría forzada con prueba de broncodilatación:

- estándar: 60
- fuente de datos: OMI-AP

Razón de prevalencia de EPOC: Prevalencia de EPOC registrada en zona de salud de Villarroya / Prevalencia de EPOC esperada según EPI-SCAN

- estándar: >0,6
- fuente de datos: Cuadro de mandos de Acuerdos de Gestión

DURACIÓN

Organización y formación de los profesionales:

- Durante el primer cuatrimestre de 2018.
- Responsable: Responsable de formación del EAP

Desarrollo del proyecto:

- A partir de abril de 2018 hasta finalizar diciembre 2018
- Responsable: La responsable del proyecto

Evaluación:

- Cortes cuatrimestrales: Inicial en abril e intermedio en agosto
- Evaluación final: Enero de 2019
- Responsable: La responsable del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0560

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE YAMILETH GUERRERO TOLEDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARANDA GARCIA MARIA JESUS
GASCON BRUMOS JOSE LUIS
GOTOR LAZARO JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de todo el proceso se ha seguido escrupulosamente el calendario marcado:

1. Durante el primer cuatrimestre del año:

? Se propuso la realización de este proyecto, que es continuación del presentado el año anterior, al EAP dando su visto bueno por unanimidad. Se volvió a analizar la pertinencia, diseño y elaboración del mismo.

? Se procedió a la Captación activa en consultas médicas y de enfermería de 75 fumadores > 40 años y se citaron de forma uniforme a lo largo del año en agenda de Espirometrías .

? En fecha 1/04/2019 se procedió a repasar el adiestramiento de una enfermera para la realización de espirometrías y se desarrolló una sesión de formación a todos los médicos consistente en recordar la interpretación de las mismas.

2. En fecha 29/07/2019: Reunión para valorar el desarrollo del proyecto y realización del primer corte de resultados.

3. En fecha 22/01/2020: Reunión para evaluación final del proyecto, análisis de resultados y conclusiones.

Recursos empleados:

- agenda de espirometrías elaborada ya el año anterior
- espirómetro
- jeringa calibradora de espirómetro.
- peso y tallímetro
- listado de pacientes con espirometría realizada

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- N° de pacientes mayores de 40 años fumadores a los que se ha realizado espirometría forzada con prueba de broncodilatación: 60 pacientes

- estándar: 40 pacientes

- fuente de datos: listado elaborado de pacientes con espirometría realizada.

Se observa que el número de espirometrías realizadas es sensiblemente superior al estándar, alcanzando el 150% del mismo. Esto se debe a que como el año anterior no alcanzamos el número de espirometrías previstas porque un número significativo de pacientes no acudió a realizar la prueba el día de la cita, este año, previendo que ocurriría algo similar, se citó a 75 pacientes, de los cuales no acudieron a realizar la prueba por diversos motivos: 15.

De las 60 espirometrías realizadas 46 fueron catalogadas como normales lo que da idea de la alta rentabilidad de la prueba: casi la cuarta parte fueron positivas.

- Razón de prevalencia de EPOC: Prevalencia de EPOC registrada en zona de salud de Villarroya / Prevalencia de EPOC esperada según EPI-SCAN: 0,312

? - estándar: >0,5

? - fuente de datos: Cuadro de mandos de Acuerdos de Gestión

Se observa que el resultado alcanzado se halla bastante alejado del standard, a ello ha contribuido que han fallecido durante el año 5 pacientes diagnosticados de EPOC, disminuyendo así ligeramente la prevalencia. De todas maneras la razón de prevalencia alcanzada supera la del año anterior: 0,21.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de espirometría forzada en pacientes fumadores mayores de 40 años es el mejor método para descubrir la bolsa oculta de pacientes EPOC. Sin embargo, aunque hemos superado el número de espirometrías previstas, no hemos alcanzado el estándar de prevalencia que era el objetivo del proyecto. Probablemente se deba a haber sobrevalorado la rentabilidad de la prueba. Para el número de espirometrías realizadas debíamos haber esperado un incremento de la prevalencia menor. No obstante hemos avanzado, superando el resultado del año anterior. Por otra parte se echa de menos la comunicación entre primaria y el servicio de neumología para poner en común las espirometrías realizadas en ambos ámbitos y evitar duplicidad de pruebas. En definitiva creemos que ha valido la pena el desarrollo durante 2 años de este proyecto, no solamente por los resultados alcanzados, sino también porque gracias a el se ha introducido la realización de forma habitual de espirometrías, actividad que va a continuar aunque este proyecto haya finalizado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/560 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0560

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

Nº de registro: 0560

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

Autores:
GUERRERO TOLEDO YAMILETH, ARANDA GRACIA MARIA JESUS, PEÑALOSA GARCIA ISABEL, GASCON BRUMOS JOSE LUIS, GOTOR LAZARO JOSE MARIA, CARRILLO SORIA SANDRO, ABELLO GIRALDEZ EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define por la presencia de una limitación crónica y poco reversible al flujo aéreo, habitualmente progresiva, asociada a una reacción inflamatoria anómala, debida principalmente al humo del tabaco.
Durante el pasado año 2017, nuestro EAP realizó un trabajo importante tanto en prevención y detección del hábito tabáquico como en el tratamiento de la deshabitación tabáquica.
Sin embargo la prevalencia de EPOC registrada en nuestra zona de salud es baja. Por tanto, en el presente proyecto nos centraremos en el diagnóstico precoz de la EPOC, y para ello es necesario la captación activa de toda persona que acude a los servicios sanitarios, mayor de 40 años con factor de riesgo, la generalización de la espirometría como medio diagnóstico y la sensibilización y formación de profesionales en la realización e interpretación de esta prueba con unos criterios de calidad consensuados. La Atención Primaria es el ámbito por excelencia en el que deben desarrollarse estas actividades.
Es decir, se trata de incrementar la detección de pacientes con EPOC. En ese sentido, el estudio EPI-SCAN indica una prevalencia de EPOC en España en población de 40 a 80 años de edad del 10,2%. En nuestra zona de salud la prevalencia de EPOC registrada en enero 2018 es solamente de 1,90%.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo General :
Incrementar la prevalencia de EPOC registrada en la zona de salud de Villarroya de la Sierra .

Objetivo Especifico:
Realización y valoración de espirometría forzada con broncodilatación a 60 personas mayores de 40 años con factor de riesgo de EPOC (fumador) de la zona de salud de Villarroya de la Sierra .

MÉTODO
Actividades de formación:
- Adiestramiento de una enfermera en la realización de espirometrías
- Formación a los médicos en la interpretación de espirometrías
Actividades de organización y control:
- Reunión cuatrimestral para evaluación periódica del proyecto y proponer mejoras en la coordinación del mismo
Actividades de desarrollo del programa:
- Captación activa en consulta de pacientes mayores de 40 años fumadores.
- Citación de pacientes en agenda de Espirometrías .
- Realización de Espirometría forzada con prueba broncodilatadora en todo paciente fumador con o sin síntomas respiratorios .
- Valoración de resultado de espirometría y control por parte de médico y enfermera de atención primaria .

INDICADORES
Nº de pacientes mayores de 40 años fumadores a los que se ha realizado espirometría forzada con prueba de broncodilatación:
- estándar: 60
- fuente de datos: OMI-AP
Razón de prevalencia de EPOC: Prevalencia de EPOC registrada en zona de salud de Villarroya / Prevalencia de EPOC esperada según EPI-SCAN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0560

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

- estándar: >0,6
- fuente de datos: Cuadro de mandos de Acuerdos de Gestión

DURACIÓN

Organización y formación de los profesionales:

- Durante el primer cuatrimestre de 2018.
- Responsable: Responsable de formación del EAP

Desarrollo del proyecto:

- A partir de abril de 2018 hasta finalizar diciembre 2018
- Responsable: La responsable del proyecto

Evaluación:

- Cortes cuatrimestrales: Inicial en abril e intermedio en agosto
- Evaluación final: Enero de 2019
- Responsable: La responsable 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 - 2018/0561

1. TÍTULO

EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLES EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2018: PREVENCION DE LA OSTEOPOROSIS EN LAS MUJERES

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL PEÑALOSA GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUERRERO TOLEDO YAMILETH
GASCON BRUMOS JOSE LUIS
ARANDA GRACIA MARIA JESUS
GOTOR LAZARO JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto es presentado al EAP y aprobado por el mismo en una reunión de Equipo realizada el 12 de abril. Se han desarrollado dos charlas a las amas de casa de Villarroya de la Sierra. Una primera referente a Osteoporosis: Que es, prevalencia, causas y síntomas.. La segunda trató sobre Osteoporosis: Diagnóstico y prevención. Para su desarrollo se han elaborado sendos PowerPoint. Para la evaluación se ha ideado un cuestionario por charla que se les ha pasado a las asistentes antes y después de cada charla.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para evaluar los resultados se elaboraron dos cuestionarios, uno por cada sesión que se pasaron antes y después de cada charla.

1- charla sobre Osteoporosis: que es, prevalencia, causas y síntomas:
- nº asistentes: 29
- puntuación media en el test precharla: 8,2
- puntuación media en el test postcharla: 17,4
Indicador: $8,2/17,4 = 0,47$ (standard: < 1)

2- charla sobre Osteoporosis: diagnóstico y prevención:
- nº asistentes: 32
- puntuación media en el test precharla: 10,1
- puntuación media en el test postcharla: 18,6
Indicador: $10,1 / 18,6 = 0,54$ (standard: <1)

Cuanto menor es el indicador obtenido mayor es el grado de conocimientos adquiridos.

En la prevención de la osteoporosis influyen notablemente la alimentación y el ejercicio físico, conceptos que fueron trabajados en las sesiones sobre hábitos saludables impartida el año anterior. Probablemente por ese motivo en al segunda charla la puntuación pre-charla fue más alta que en la primera. Se observa que en ambas charlas los resultados obtenidos superan al estándar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha detectado el bajo nivel de conocimientos de las amas de casa respecto a la osteoporosis con abundancia de ideas equivocadas.

Se ha evidenciado un aprendizaje correcto de los conceptos más importantes.

Las asistentes han puesto de manifiesto su satisfacción por las actividades educativas realizadas y su deseo de que el programa se amplíe durante 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/561 ===== ***

Nº de registro: 0561

Título
EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLES EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2018. PREVENCION DE LA OSTEOPOROSIS EN LAS MUJERES

Autores:
PEÑALOSA GARCIA ISABEL, GUERRERO TOLEDO YAMILETH, GASCON BRUMOS JOSE LUIS, ARANDA GRACIA MARIA JESUS, GOTOR LAZARO JOSE MARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0561

1. TÍTULO

EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLES EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA EN EL AÑO 2018: PREVENCION DE LA OSTEOPOROSIS EN LAS MUJERES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde 1974 en que Marc Lalonde puso de manifiesto los determinantes de salud, sabemos que los estilos de vida y conductas de salud son responsables del 43% de la mortalidad de la población. Se hace pues imprescindible la educación de la población en hábitos saludables como medida eficiente de mejora de la salud y prevención de la enfermedad. Por tanto nos proponemos llevar a cabo en nuestra zona de salud actuaciones educativas sobre la población para mejorar sus conocimientos fundamentalmente sobre hábitos dietéticos saludables y práctica de ejercicio físico y su aplicación a la prevención de una enfermedad en auge como es la osteoporosis.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general:

Incrementar los conocimientos sobre hábitos saludables en la población femenina de la zona de salud de Villarroya de la Sierra como medida de prevención de la osteoporosis.

Objetivos específicos:

- Incrementar los conocimientos de las amas de casa sobre la osteoporosis
- Conocer los distintos factores de riesgo de osteoporosis y como prevenirlos a través de la alimentación, el ejercicio físico, actitudes posturales, etc.

MÉTODO

Charlas dirigidas a la población de amas de casa de Villarroya de la Sierra sobre la osteoporosis, sus factores de riesgo y como prevenirla.

INDICADORES

Se pasará un test que evalúe los conocimientos sobre osteoporosis antes y después de las charlas.

?(respuestas acertadas en test pre-charlas)/?(respuestas acertadas en test post-charlas) = <1

DURACIÓN

Dos charlas a lo largo del año y evaluación al finalizar 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 - 2018/0562

1. TÍTULO

MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALADORA EN EL PACIENTE EPOC

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JESUS ARANDA GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEÑALOSA GARCIA MARIA ISABEL
AZON LOPEZ ESTHER
MORALES MERINO YOLANDA
GUERRERO TOLEDO YAMILETH

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de todo el proceso se ha seguido el calendario marcado:

1. - Durante el primer cuatrimestre del año:
? - Se propuso la realización de este proyecto al EAP dando su visto bueno por unanimidad. Se llevó a cabo el análisis de pertinencia, diseño y elaboración del mismo.
- El 19/4/2018 se realiza una reunión para la formación de profesionales en el manejo adecuado de la terapia inhalatoria y también para la enseñanza del manejo del test de uso de inhaladores. Se explica la sistemática de la consulta consistente en pasar cuestionario al paciente pre- y post- enseñanza de la terapia inhalatoria detectando los errores e incidiendo en su corrección.
- Para la captación de pacientes se había ideado al principio hacerlo de forma activa en consulta, captando a los pacientes EPOC que utilizaran inhaladores, pero aprovechando que el 17/5/18 se recibe listado de pacientes EPOC desde la Dirección de Atención Primaria del sector de Calatayud, se decide utilizarlo, procediendo a la depuración del mismo consistente en eliminar pacientes que no son de la zona básica de salud (altas rápidas), eliminar EPOC sin tratamiento inhalatorio y añadir pacientes que figuran en la historia clínica con el diagnóstico de EPOC que no aparecían en la relación de pacientes de referencia. El listado resultante es el que se ha utilizado para llevar a cabo el proyecto.
- El 30/8/18 se realiza una reunión para analizar el desarrollo del proyecto y realizar el primer corte.
- El 17 /1/18 se realiza una reunión de análisis del proyecto y evaluación de resultados.
Para la formación de los profesionales se ha utilizado el boletín del CADIME_BTA_33_02 sobre dispositivos de inhalación para asma y EPOC.
Para el cuestionario que se realiza al paciente se ha utilizado el registro de enfermería "técnica inhalatoria" del Hospital Ernest Lluch editado en octubre de 2013 por la Unidad Calidad Asistencial
Se ha elaborado un listado con los pacientes que han sido adiestrados para contabilizar los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- % de pacientes EPOC que usan inhaladores y que han sido adiestrados:
 - En el corte del primer cuatrimestre que se realiza el 30/8/18 : 51.5 %
 - Resultado final que se realiza el 17/1/18: 81,8% (De un listado de 33 pacientes han recibido enseñanza en el manejo adecuado de la terapia inhalatoria 27 pacientes)
- Estándar: 80%
- Fuente de datos:
 - Listado de la Dirección de Atención Primaria depurado.
 - Listado de pacientes adiestrados.

Resultado satisfactorio: el estándar ha sido superado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para conseguir que la técnica inhalatoria sea correcta es necesario que los pacientes reciban un entrenamiento adecuado con su inhalador. Es importante dar al paciente instrucciones claras y precisas y que el paciente realice un entrenamiento con su dispositivo. Con frecuencia los pacientes con patología respiratoria sufren modificaciones en su tratamiento cambiando de modelo y sistema inhalatorio, por lo que se considera muy importante la revisión sistemática del uso de inhaladores como mínimo una vez al año. Sería conveniente extender esta actividad al resto de pacientes con diversas patologías respiratorias que utilizan inhaladores como asmáticos, etc.. Por estos motivos, y por el elevado grado de satisfacción que hemos detectado en estos pacientes tras la sesión de adiestramiento, creemos conveniente continuar un año más con este proyecto por lo que vamos a someterlo a consideración del EAP por si ve oportuno continuarlo en 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/562 ===== ***

Nº de registro: 0562

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0562

1. TÍTULO

MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALADORA EN EL PACIENTE EPOC

Título
MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALATORIA EN EL PACIENTE EPOC

Autores:
ARANDA GRACIA MARIA JESUS, PEÑALOSA GARCIA ISABEL, GUERRERO TOLEDO YAMILETH, GASCON BRUMOS JOSE LUIS, AZON LOPEZ ESTHER, MORALES MERINO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La EPOC es una enfermedad crónica frecuente en nuestra sociedad. Los inhaladores se suelen prescribir para ayudar a controlar los síntomas del EPOC, mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de exacerbaciones o agudizaciones. Sin embargo, la evidencia indica que muchos pacientes con EPOC no utilizan correctamente el inhalador. Por lo tanto, es importante detectar quienes son esos pacientes y someterlos a un proceso de adiestramiento para que puedan beneficiarse efectivamente del tratamiento con inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS
- Objetivo general:
- Disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida en el paciente EPOC
- Objetivos específicos:
- Detectar a los pacientes EPOC con uso incorrecto de inhaladores
- Adiestrar en el manejo de inhaladores a los pacientes EPOC que los utilizan incorrectamente.
- Comprobar objetivamente que los pacientes EPOC que utilizan inhaladores han adquirido las habilidades necesarias para el manejo de los mismos.

MÉTODO
Actividades de formación:
- Adiestramiento del personal de enfermería en el manejo de los distintos tipos de inhaladores.
- Conocimiento y adiestramiento del personal de enfermería sobre el manejo del test pre y post enseñanza del uso de inhaladores
Actividades de organización y control:
- Reunión cuatrimestral para evaluación periódica del proyecto y proponer mejoras en la coordinación del mismo
Actividades de desarrollo del programa:
- Captación activa en consulta de pacientes EPOC que utilizan inhaladores.
- Citación de pacientes en agenda programada de enfermería .
- Realización al paciente de un test estandarizado que valora el conocimiento y las habilidades de uso de inhaladores.
- Sesión de adiestramiento al paciente sobre el manejo de los inhaladores que utiliza .
- Realización al paciente nuevamente del test estandarizado que valora el conocimiento y las habilidades del uso de inhaladores para comprobar objetivamente el adecuado progreso en el manejo los mismos.
- Registro de los pacientes que han sido adiestrados en el manejo de inhaladores

INDICADORES
- % de pacientes EPOC que usan inhaladores que han sido adiestrados en el uso de los mismos: (Pacientes adiestrados/Pacientes EPOC que utilizan inhaladores) * 100
- estándar: 80%
- fuente de datos: OMI_AP

DURACIÓN
Organización y formación de los profesionales:
- Durante el primer cuatrimestre de 2018.
- Responsable: Responsable de formación del EAP
Desarrollo del proyecto:
- A partir de abril de 2018 hasta finalizar diciembre 2018
- Responsable: La responsable del proyecto
Evaluación:
- Cortes cuatrimestrales: Inicial en abril e intermedio en agosto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0562

1. TÍTULO

MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALADORA EN EL PACIENTE EPOC

- Evaluación final: Enero de 2019
- Responsable: La responsable del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0562

1. TÍTULO

MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALATORIA EN EL PACIENTE EPOC

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JESUS ARANDA GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VILLARROYA DE LA SIERRA
· Localidad VILLARROLLA DE LA SIERRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEÑALOSA GARCIA MARIA ISABEL
GUERRERO TOLEDO YAMILETH
AZON LOPEZ ESTHER
MORALES MERINO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 7 de marzo se realiza revisión de la formación de profesionales en el manejo adecuado de terapia inhalatoria y manejo del test de uso de inhaladores. Se revisa la sistemática de la consulta consistente en pasar cuestionario pre- y post- enseñanza de la terapia inhalatoria detectando los errores e incidiendo en su corrección. Para la formación de los profesionales se ha utilizado en el boletín del CADIME_BTA_33_02 sobre dispositivos de inhalación para asma y EPOC.

Se realiza revisión del listado de pacientes EPOC realizado en el año 2018 y se procede a su depuración (eliminando pacientes que ya no pertenecen a la zona básica de salud e incluyendo nuevos pacientes con diagnóstico de EPOC)

Se incide en la conveniencia de realizar captación activa en consulta médica y de enfermería de pacientes con EPOC así como pacientes con otras patologías respiratorias en tratamiento con inhaladores.

Para el test que se realiza al paciente se ha utilizado el registro de Enfermería "Técnica inhalatoria" del Hospital Ernest Lluch editado en octubre de 2013 por la Unidad de Calidad Asistencial.

El 30-Agosto-2019 se realiza una reunión para analizar el desarrollo del proyecto. Así mismo se elabora un listado con los pacientes que han sido adiestrados y se realiza el primer corte para evaluar resultados

El 9-Enero-2020 se realiza una reunión de análisis del proyecto y evaluación final de resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador % de pacientes EPOC que usan inhaladores y han sido adiestrados.

Corte de agosto: 78% (de un total de 32 pacientes han sido adiestrados 25) del listado de pacientes EPOC
Captación activa de pacientes con otras patologías respiratorias y tratamiento con inhaladores: 100% (captación de 12 pacientes de los que han sido adiestrados 12)

Si realizamos una suma de los dos listados el corte de agosto sería de 84%

Resultado final que se realiza el 9-1-2020: 96,9% (de un total de 33 pacientes han sido adiestrados 32) del listado de pacientes EPOC

Captación activa de pacientes con otras patologías respiratorias y tratamiento con inhaladores: 100% (captación de 17 pacientes de los que han sido adiestrados 17)

Si realizamos una suma de los dos listados el resultado final es de 98%

Estándar: 80%

Resultado final satisfactorio: el estándar ha sido superado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para conseguir que la técnica inhalatoria sea correcta es necesario que los pacientes reciban un entrenamiento adecuado con su inhalador. Es conveniente dar al paciente instrucciones claras y precisas y que el paciente realice un entrenamiento con su dispositivo. Por ello consideramos muy importante la revisión sistemática del uso de inhaladores como mínimo una vez al año.

Analizando el corte de agosto vemos que el resultado hasta esa fecha es satisfactorio. Se ha conseguido llegar casi al estándar propuesto en pacientes EPOC (78%) y se ha conseguido superar en pacientes con otras patologías respiratorias (100%)

Analizando el resultado final llegamos a la conclusión de que es muy satisfactorio. Se ha conseguido superar el estándar propuesto en pacientes con EPOC (96.9%) alcanzando prácticamente el total de pacientes. Además se ha conseguido captar un importante número de pacientes con otras patologías respiratorias en tratamiento con inhaladores a los que hemos realizado la enseñanza de la terapia inhalatoria (100%)

A estos resultados también hay que añadir el elevado grado de satisfacción detectado en estos pacientes tras la sesión de adiestramiento.

Por último añadir que aunque el proyecto finaliza aquí, creemos conveniente continuar con el programa de adiestramiento en la consulta de enfermería, dada la rentabilidad de la prueba y el grado de satisfacción del paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0562

1. TÍTULO

MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALATORIA EN EL PACIENTE EPOC

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/562 ===== ***

Nº de registro: 0562

Título
MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALATORIA EN EL PACIENTE EPOC

Autores:
ARANDA GRACIA MARIA JESUS, PEÑALOSA GARCIA ISABEL, GUERRERO TOLEDO YAMILETH, GASCON BRUMOS JOSE LUIS, AZON LOPEZ ESTHER, MORALES MERINO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La EPOC es una enfermedad crónica frecuente en nuestra sociedad. Los inhaladores se suelen prescribir para ayudar a controlar los síntomas del EPOC, mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de exacerbaciones o agudizaciones. Sin embargo, la evidencia indica que muchos pacientes con EPOC no utilizan correctamente el inhalador. Por lo tanto, es importante detectar quienes son esos pacientes y someterlos a un proceso de adiestramiento para que puedan beneficiarse efectivamente del tratamiento con inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS
- Objetivo general:
- Disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida en el paciente EPOC
- Objetivos específicos:
- Detectar a los pacientes EPOC con uso incorrecto de inhaladores
- Adiestrar en el manejo de inhaladores a los pacientes EPOC que los utilizan incorrectamente.
- Comprobar objetivamente que los pacientes EPOC que utilizan inhaladores han adquirido las habilidades necesarias para el manejo de los mismos.

MÉTODO
Actividades de formación:
- Adiestramiento del personal de enfermería en el manejo de los distintos tipos de inhaladores.
- Conocimiento y adiestramiento del personal de enfermería sobre el manejo del test pre y post enseñanza del uso de inhaladores
Actividades de organización y control:
- Reunión cuatrimestral para evaluación periódica del proyecto y proponer mejoras en la coordinación del mismo
Actividades de desarrollo del programa:
- Captación activa en consulta de pacientes EPOC que utilizan inhaladores.
- Citación de pacientes en agenda programada de enfermería .
- Realización al paciente de un test estandarizado que valora el conocimiento y las habilidades de uso de inhaladores.
- Sesión de adiestramiento al paciente sobre el manejo de los inhaladores que utiliza .
- Realización al paciente nuevamente del test estandarizado que valora el conocimiento y las habilidades del uso de inhaladores para comprobar objetivamente el adecuado progreso en el manejo los mismos.
- Registro de los pacientes que han sido adiestrados en el manejo de inhaladores

INDICADORES
- % de pacientes EPOC que usan inhaladores que han sido adiestrados en el uso de los mismos: (Pacientes adiestrados/Pacientes EPOC que utilizan inhaladores) * 100
- estándar: 80%
- fuente de datos: OMI_AP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0562

1. TÍTULO

MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALATORIA EN EL PACIENTE EPOC

DURACIÓN

Organización y formación de los profesionales:

- Durante el primer cuatrimestre de 2018.
- Responsable: Responsable de formación del EAP

Desarrollo del proyecto:

- A partir de abril de 2018 hasta finalizar diciembre 2018
- Responsable: La responsable del proyecto

Evaluación:

- Cortes cuatrimestrales: Inicial en abril e intermedio en agosto
- Evaluación final: Enero de 2019
- Responsable: La responsable 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 - 2018/0018

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE JOSE CODES GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LUCAS BARQUERO ARIADNA
ARTO LABORDA MARIA ANGELES
ETAABOUDI SAMIA
DIGON SANMARTIN LUIS
ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

• Constitución Grupo de Trabajo a nivel Sector:

El 15/02/2018 queda constituido en la primera reunión el Grupo de Trabajo para el Proyecto de "Abordaje de la insuficiencia renal crónica en atención primaria". El Grupo de Trabajo está formado por un equipo multidisciplinar en el que participan la Dirección médica del sector de Calatayud, dos nefrólogas del Hospital Ernest LLuch, una enfermera A.P, un médico de familia A.P y la farmacéutica de A.P del sector de Calatayud.

• Reuniones:

Se han realizado 4 reuniones en las siguientes fechas 15/02/2018, 08/03/2018, 24/04/2018 y 12/09/2018

En estas reuniones se ha debatido la pertinencia del proyecto, se han planteado objetivos y repartido para el desarrollo de forma individual por los miembros del grupo de trabajo y, para su posterior puesta en común. Se mantuvieron reuniones con el Servicio de Laboratorio del HELL para valorar la pertinencia de la creación de un perfil de enfermedad renal dentro de las plantillas de OMI-LAB. Además, se ha desarrollado el curso para formar a los profesionales sanitarios del sector de Calatayud en cuanto al abordaje de la insuficiencia renal crónica en A.P.

• Formación:

Se impartió el curso de "Abordaje de la Insuficiencia Renal Crónica en Atención Primaria en la población del Sector de Calatayud" dirigido a Médicos, farmacéuticos y enfermeros/as de Atención Primaria. La duración del curso fue de 1 hora lectiva. Se realizaron 6 ediciones del curso (6 horas en total) entre el 18 / 09/18 y el 04/10 /2018.

El 18/09/2018 se impartió el curso en la biblioteca de C.S. Calatayud Norte dirigido a los profesionales de los EAP de Morata de Jalón, Daroca y Villarroja de la Sierra.

El 25/09/2018 se impartió el curso en la biblioteca el C.S. Calatayud Norte dirigido a los profesionales de los EAP de Calatayud Sur.

El 01/10/2018 y 03/10/2018 se impartió el curso en la biblioteca C.S. Calatayud Norte dirigido a los profesionales de los EAP de Calatayud Norte.

El 02/10/2018 se impartió el curso en la sala de reuniones del C.S. Alhama de Aragón dirigido a los profesionales de los EAP de Alhama de Aragón, Ariza y Ateca.

El 04/10/2018 se impartió el curso en la sala de reuniones del C.S. Illueca dirigido a los profesionales de los EAP de Sabiñan e Illueca.

Para ello, el Grupo de Trabajo realizó la revisión de diversas Guías de Práctica Clínica, revisiones sistemáticas y artículos de revisión de la literatura sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC). Posteriormente, elaboró una presentación en Power Point con el objetivo principal de formar a los profesionales.

Toda la documentación fue entregada en formato de Power Point a todos los asistentes a los respectivos cursos para que pasaran una sesión de formación en sus Equipos.

Durante el desarrollo del curso, se accedió al Cuadro de Mandos de Farmacia, y a los listados de pacientes.

También se realizó un breve test de conocimientos previo y posterior al curso y una encuesta de satisfacción y utilidad en la práctica clínica diaria.

ACCIONES

- Creación en nuestro petitorio de OMI-LAB el perfil de "Enfermedad Renal Crónica"

- Se envió un listado de pacientes con ERC al EAP Calatayud Sur.

-Revisión de pacientes con terapia triple Wammy extraída del cuadro de mandos de farmacia.

INDICADORES Y EVALUACIÓN.

La explotación de los indicadores se ha solicitado al IACS y estamos esperando sus resultados. Pedimos dos cortes de todos los indicadores, uno al inicio y otro al final del año 2018.

No podemos evaluar los resultados intermedios del proyecto por no disponer de datos de los indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No podemos evaluar el impacto por carecer de los datos de los indicadores.

El único indicador que disponemos es el extraído del cuadro de mandos de Farmacia: Indicador Insuficiencia Renal Inducida por fármacos (Triple Whammy): En enero de 2018 teníamos en nuestro Sector 704 pacientes incluidos en este indicador en todo el sector. En enero de 2019 se ha disminuido a 465 pacientes (-34%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo realizado ha sido satisfactorio. Ha sido bien acogido en los Centros de Salud. Se ha trabajado una parte importante del proyecto aunque por motivo de tiempo aún queda pendiente continuar con el análisis de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0018

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA

datos.

Por el momento, ya se han desarrollado la mayor parte de las actividades propuestas en el proyecto y, se pretende obtener cambios en cuanto a la mejora del conocimiento de la ERC y sus factores de riesgo como problema importante de morbimortalidad por parte de los profesionales del Sector para mejorar la atención de estos pacientes. Por eso hemos decidido continuar con dicho proyecto en 2019.

7. OBSERVACIONES.

En cuanto tengamos los resultados de los indicadores, los remitiremos.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/18 ===== ***

Nº de registro: 0018

Título
ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
CODES GOMEZ JOSE, DE LUCAS BARQUERO ARIADNA, ARTO LABORDA MARIA ANGELES, ETAABOUDI SAMIA, DIGON SANMARTIN LUIS, ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Endocrino-metabolismo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un importante problema de salud pública que puede afectar, en sus diferentes estadios, a cerca del 10 % de la población española. Supone una elevada morbimortalidad, así como un importante consumo de recursos al Sistema Nacional de Salud. En Aragón, el 8% de los hombres y el 5% de las mujeres mayores de 64 años, sufren una ERC, siendo en este Sector el porcentaje un poco más elevado, el 9% en los hombres y el 5,6% en mujeres

RESULTADOS ESPERADOS
1 Conocer la prevalencia de la ERC en el Sector en adultos entre 18 y 80 años de ambos sexos
2 Aumentar el grado de detección precoz y clasificación del daño renal en la población diana
3 Disminuir la progresión de la enfermedad y la morbimortalidad
4 Disminuir la iatrogenia secundaria al uso de fármacos
5 Mejorar la continuidad asistencial de estos pacientes entre ambos niveles de AP/AE

MÉTODO
ACCIONES
1 Elaborar un listado de pacientes con episodio abierto en OMI de ERC (CIAP U99)
2 Confirmar el diagnóstico de ERC
3 Evaluación y seguimiento de la ERC: Tensión Arterial, Albuminuria, Filtrado glomerular, HbA1c, LDL-colesterol, Metabolismo óseo-mineral (Ca, P, Vit.D)
4 Valoración de la progresión de la ERC
5 Revisión de pacientes con terapia triple Wammy
FORMACION:
- Difusión por los EAPs del sector del proyecto
- Sesiones clínicas de las GPC de ERC basadas en la evidencia
INVESTIGACIÓN:
- Elaboración de un estudio de investigación sobre la ERC por parte de los miembros del proyecto
RECURSOS:
- Soporte informático y ofimático
- Explotación del cuadro de mandos
CAMBIOS PREVISTOS:
- Conocimiento de la ERC y sus factores de riesgo como problema importante de morbimortalidad por parte de los profesionales del Sector.
- Adquirir conocimientos, actitudes y aptitudes de los profesionales para mejorar la atención de estos pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0018

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA

- Sensibilizar a la población y a los profesionales sobre el uso de la polifarmacia
- Mejorar la comunicación entre el Servicio de Nefrología del HELL y la AP

INDICADORES

INDICADORES Y ESTÁNDARES

- 1 Prevalencia de la ERC (9%)
- 2 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha revisado el Filtrado Glomerular (FG) en el periodo de evaluación (60%)
- 3 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha valorado el grado de Filtrado Glomerular (FG) en el periodo de evaluación (40%)
- 4 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha revisado la albuminuria en el periodo de evaluación (50%)
- 5 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha valorado el rango de albuminuria en el periodo de evaluación (50%)
- 6 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC, que tienen registradas al menos tres tomas válidas de tensión arterial (80%)
- 7 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC controlados según la TA y la albuminuria (45%)
- 8 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC y DIABETES a los que se les ha revisado la HbA1c en los últimos 6 meses (50%)
- 9 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC y DIABETES que tienen una HbA1c = 7% en los últimos 6 meses (30%)
- 10 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado un LDL-Colesterol en los últimos 12 meses (70%)
- 11 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC que tienen un LDL-Colesterol < 100 mg/dl en los últimos 12 meses (44%)
- 12 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de calcio en sangre venosa en los últimos 12 meses (80%)

3

- 13 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de fósforo en sangre venosa en los últimos 12 meses (80%)
- 14 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de vitamina D (25-OH-D 3) en sangre venosa en los últimos 12 meses (40%)
- 15 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC en los que se evidencia una progresión de la enfermedad en los últimos 24 meses (<5%)
- 16 Número de pacientes adultos con diagnóstico de ERC en los que se evidencia una triple terapia Wammy en el periodo de evaluación (<80%)

EVALUACIÓN

Periodo de evaluación: Enero - Diciembre 2017

Estructura

- Sesiones formativas, difusión de la GPC de la ERC, participación, actividad del grupo del proyecto

Proceso

- Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores

Resultado

- Evaluación final y memoria del proyecto en enero 2019

DURACIÓN

I TRIMESTRE

- Formación del grupo de trabajo del proyecto
- Diseño del proceso

II TRIMESTRE

- Difusión del proyecto
- Sesiones formativas

III TRIMESTRE

- Despliegue
- Monitorización. Cortes de indicadores

IV TRIMESTRE:

- Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados
- Evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0018

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE CODES GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BUENO PASCUAL MARGARITA
DE LUCAS BARQUERO ARIADNA
BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFI
DIGON SANMARTIN LUIS
ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION
ARTO LABORDA MARIA ANGELES
ETAABOUDI SAMIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Formación: Se impartió el curso de "Abordaje de la Insuficiencia Renal Crónica en Atención Primaria" dirigido a Médicos y enfermeros/as de Atención Primaria del sector Calatayud. La duración del curso fue de 2 horas lectivas. Se realizó 1 edición del curso el 01/10/2019. El curso consistió en la presentación de la información en formato Power Point y también se realizó un breve test de conocimientos previo y posterior al curso y una encuesta de satisfacción y utilidad en la práctica clínica diaria.
- El objetivo principal del curso es el de mejorar la prevención y la atención de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica
- Los objetivos específicos del curso fueron los siguientes: aumentar el grado de detección precoz y clasificación del daño renal en la población diana, disminuir la progresión de la enfermedad y la morbimortalidad y disminuir la iatrogenia secundaria al uso de fármacos. Durante el desarrollo del curso, se recordó a los médicos como acceder al Cuadro de Mandos de Farmacia, así como revisar los indicadores relacionados con ERC y los listados de pacientes.
Al curso de "Abordaje de la Insuficiencia Renal Crónica en Atención Primaria" asistieron 15 profesionales sanitarios (médicos y enfermeros de AP).
- Seguimiento: Se hizo un corte en julio de 2019 de seguimiento de los indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES Y ESTÁNDARES

1.- Prevalencia de la ERC en usuarios de 18 a 80 años: (9%)

- 2018=3%
- 2019=3%

2.- % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha revisado el Filtrado Glomerular (FG) en el periodo de evaluación: (60%)

- 2018=57,47%
- 2019=54,13%

3.- % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha valorado el grado de Filtrado Glomerular (FG) en el periodo de evaluación (40%)

- 2018=49,29%
- 2019=47,21%

4.- % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha revisado la albuminuria en el periodo de evaluación: (50%)

- 2018=21,7%
- 2019=17%

5.- % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha valorado el rango de albuminuria en el periodo de evaluación: (50%)

- Rango Normal: 2018=87,61%; 2019=26,57%
- Rango Moderado: 2018=10,97%; 2019=72,06%
- Rango Grave: 2018=1,4%; 2019=1,37%

6.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC, que tienen registradas al menos tres tomas válidas de tensión arterial (80%)

- 2018=56,35%
- 2019=54,44%

7.1.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC controlados según la TA <140/90 y la albuminuria <30 mg/g (45%):

- 2018=17,13%
- 2019=4,18%

7.2.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC controlados según la TA <130/80 y la albuminuria =30 mg/g (45%):

- 2018=2,87%
- 2019=6,27%

8.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC y DIABETES a los que se les ha revisado la HbA1c en los últimos 6 meses (50%)

- 2018=76,94%
- 2019=69,21%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0018

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

- 9.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC y DIABETES que tienen una HbA1c = 7% en los últimos 6 meses (30%)
- 2018=54,72%
 - 2019=50,85%
- 10.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado un LDL-Colesterol en los últimos 12 meses (70%)
- 2018=60,26%
 - 2019=52,61%
- 11.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC que tienen un LDL-Colesterol < 100 mg/dl en los últimos 12 meses (44%)
- 2018=36,78%
 - 2019=30,66%
- 12.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de calcio en sangre venosa en los últimos 12 meses (80%)
- 2018=28,61%
 - 2019=30,49%
- 13.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de fósforo en sangre venosa en los últimos 12 meses (80%)
- 2018=24,35%
 - 2019=27,53%
- 14.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de vitamina D (25-OH-D3) en sangre venosa en los últimos 12 meses (40%)
- 2018=10,69%
 - 2019=15,24%
- 15.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC en los que se evidencia una progresión de la enfermedad en los últimos 24 meses (<5%)
- 2018=8,35%
 - 2019=3,14%
- 16.- Número de pacientes adultos con diagnóstico de ERC en los que se evidencia una triple terapia Wammy en el periodo de evaluación (<80%)
- 2018=465
 - 2019=395
- Periodos de evaluación:
2018: De enero a diciembre
2019: De enero a diciembre
- Impacto del proyecto: El proyecto fue bien acogido en los EAPs pues ha aumentado la sensibilidad hacia esta patología en los mismos.
La prevalencia ha permanecido estable en los dos periodos de estudio.
Los indicadores de cribado de la ERC (números 2 al 5) presentan una disminución del 2018 al 2019, no obstante en el indicador 5, el 61% de los pacientes pasan de estar en un rango normal de albuminuria a estar en moderado. Esta diferencia puede ser explicada a que desde mediados de 2019, se modificó en el laboratorio la cuantificación de la albuminuria, al pasar por un cribado previo.
Los indicadores de evaluación y seguimiento (números 6 al 16) en los que mejores resultados se han obtenido son en la disminución de la progresión de la enfermedad renal (disminución de un 62%) y en la IR inducida por fármacos (triple Whammy) pues después de esta segunda intervención en 2019, se observó una reducción de 70 pacientes a nivel sector -15.05% (465 pacientes en enero de 2019 a 395 en enero de 2020). A este dato hay que añadir una reducción previa del 34% del año anterior.
- Fuente y método de obtención: Para la obtención de los indicadores se elaboró un manual con la descripción de los mismos y los DGPs de OMI correspondientes. Se remitió al Servicio de Informática para su explotación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas: El equipo de mejora de este proyecto va a continuar analizando los datos y presentarlos en los EAPs a lo largo de 2020 dado que los tenemos desglosados para cada uno de ellos. Los miembros del equipo de mejora han presentado varias comunicaciones orales en diversos Congresos autonómicos y nacionales.
- Dificultades/limitaciones encontradas: La principal limitación que hemos tenido ha sido la explotación de los datos hasta que tuvimos un informático.
- Sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación: el proyecto va a ser incorporado en nuestra cartera de servicios de sector.
- Conclusiones finales:
 - Buena aceptación del proyecto en los EAPs
 - Incorporación del proyecto a nuestra cartera de servicios.
- Publicación de resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/18 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0018

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Nº de registro: 0018

Título
ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
CODES GOMEZ JOSE, DE LUCAS BARQUERO ARIADNA, ARTO LABORDA MARIA ANGELES, ETAABOUDI SAMIA, DIGON SANMARTIN LUIS, ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Endocrino-metabolismo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un importante problema de salud pública que puede afectar, en sus diferentes estadios, a cerca del 10 % de la población española. Supone una elevada morbimortalidad, así como un importante consumo de recursos al Sistema Nacional de Salud. En Aragón, el 8% de los hombres y el 5% de las mujeres mayores de 64 años, sufren una ERC, siendo en este Sector el porcentaje un poco más elevado, el 9% en los hombres y el 5,6% en mujeres

RESULTADOS ESPERADOS
1 Conocer la prevalencia de la ERC en el Sector en adultos entre 18 y 80 años de ambos sexos
2 Aumentar el grado de detección precoz y clasificación del daño renal en la población diana
3 Disminuir la progresión de la enfermedad y la morbimortalidad
4 Disminuir la iatrogenia secundaria al uso de fármacos
5 Mejorar la continuidad asistencial de estos pacientes entre ambos niveles de AP/AE

MÉTODO
ACCIONES
1 Elaborar un listado de pacientes con episodio abierto en OMI de ERC (CIAP U99)
2 Confirmar el diagnóstico de ERC
3 Evaluación y seguimiento de la ERC: Tensión Arterial, Albuminuria, Filtrado glomerular, HbA1c, LDL-colesterol, Metabolismo óseo-mineral (Ca, P, Vit.D)
4 Valoración de la progresión de la ERC
5 Revisión de pacientes con terapia triple Wammy

FORMACION:
- Difusión por los EAPs del sector del proyecto
- Sesiones clínicas de las GPC de ERC basadas en la evidencia
INVESTIGACIÓN:
- Elaboración de un estudio de investigación sobre la ERC por parte de los miembros del proyecto

RECURSOS:
- Soporte informático y ofimático
- Explotación del cuadro de mandos
CAMBIOS PREVISTOS:
- Conocimiento de la ERC y sus factores de riesgo como problema importante de morbimortalidad por parte de los profesionales del Sector.
- Adquirir conocimientos, actitudes y aptitudes de los profesionales para mejorar la atención de estos pacientes.
- Sensibilizar a la población y a los profesionales sobre el uso de la polifarmacia
- Mejorar la comunicación entre el Servicio de Nefrología del HELL y la AP

INDICADORES
INDICADORES Y ESTÁNDARES
1 Prevalencia de la ERC (9%)
2 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha revisado el Filtrado Glomerular (FG) en el periodo de evaluación (60%)
3 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha valorado el grado de Filtrado Glomerular (FG) en el periodo de evaluación (40%)
4 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha revisado la albuminuria en el periodo de evaluación (50%)
5 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha valorado el rango de albuminuria en el periodo de evaluación (50%)
6 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC, que tienen registradas al menos tres tomas válidas de tensión arterial (80%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0018

1. TÍTULO

ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

7 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC controlados según la TA y la albuminuria (45%)
8 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC y DIABETES a los que se les ha revisado la HbA1c en los últimos 6 meses (50%)
9 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC y DIABETES que tienen una HbA1c = 7% en los últimos 6 meses (30%)
10 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado un LDL-Colesterol en los últimos 12 meses (70%)
11 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC que tienen un LDL-Colesterol < 100 mg/dl en los últimos 12 meses (44%)
12 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de calcio en sangre venosa en los últimos 12 meses (80%)

3
13 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de fósforo en sangre venosa en los últimos 12 meses (80%)
14 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de vitamina D (25-OH- D3) en sangre venosa en los últimos 12 meses (40%)
15 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC en los que se evidencia una progresión de la enfermedad en los últimos 24 meses (<5%)
16 Número de pacientes adultos con diagnóstico de ERC en los que se evidencia una triple terapia Wammy en el periodo de evaluación (<80%)

EVALUACIÓN

Periodo de evaluación: Enero - Diciembre 2017

Estructura

- Sesiones formativas, difusión de la GPC de la ERC, participación, actividad del grupo del proyecto

Proceso

- Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores

Resultado

- Evaluación final y memoria del proyecto en enero 2019

DURACIÓN

I TRIMESTRE

- Formación del grupo de trabajo del proyecto

- Diseño del proceso

II TRIMESTRE

- Difusión del proyecto

- Sesiones formativas

- Despliegue

III TRIMESTRE

- Monitorización. Cortes de indicadores

IV TRIMESTRE:

- Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados

- Evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ARIADNA DE LUCAS BARQUERO
• Profesión FARMACEUTICO/A
• Centro DAP CALATAYUD
• Localidad CALATAYUD
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO PASCUAL MARGARITA
CODES GOMEZ JOSE
COBETA MUÑOZ JUAN CARLOS
SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN
SANTAMARIA VALGAÑON MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

• Constitución Grupo de Trabajo a nivel sector:

El 01/02/2018 queda constituido en la primera reunión el Grupo de Trabajo para el Proyecto de "Gestión clínica de la osteoporosis". El Grupo de Trabajo está formado por un equipo multidisciplinar en el que participan la Dirección médica y de enfermería del sector de Calatayud, un reumatólogo del Hospital Ernest LLuch, una enfermera A.P, un médico de familia A.P y la farmacéutica de A.P del sector de Calatayud.

• Reuniones:

Se han realizado 4 reuniones en las siguientes fechas 01/02/2018, 20/03/2018, 05/09/2018, 13/09/2018.

En estas reuniones se ha debatido la pertinencia del proyecto, se han planteado objetivos y repartido para el desarrollo de forma individual por los miembros del grupo de trabajo y, para su posterior puesta en común. Además, se ha desarrollado el curso, publicado por el IAAP, para formar a los profesionales sanitarios del sector de Calatayud en cuanto al manejo de la osteoporosis en A.P.

• Formación:

Se impartió el curso de "Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria" dirigido a Médicos, farmacéuticos y enfermeros/as de Atención Primaria. La duración del curso fue de 1 hora lectiva. Se realizaron 6 ediciones del curso (6 horas en total) entre el 17/09/2018 y el 27/10/2018.

El 17/09/2018 se impartió el curso en el C.S. Calatayud Norte dirigido a los profesionales de los EAP de Morata de Jalón, Daroca y Villarroja de la Sierra.

El 19/09/2018 se impartió el curso en el C.S. Calatayud Norte dirigido a los profesionales de los EAP de Calatayud Sur.

El 20/09/2018 y 24/09/2018 se impartió el curso en el C.S. Calatayud Norte dirigido a los profesionales de los EAP de Calatayud Norte.

El 26/09/2018 se impartió el curso en el C.S. Illueca dirigido a los profesionales de los EAP de Sabiñan e Illueca.

El 27/09/2018 se impartió el curso en el C.S. Alhama de Aragón dirigido a los profesionales de los EAP de Alhama de Aragón, Ariza y Ateca.

Para ello, el Grupo de Trabajo realizó la revisión de diversas Guías de Práctica Clínica, revisiones sistemáticas y artículos de revisión de la literatura sobre Osteoporosis. Posteriormente, elaboró una presentación en Power Point con el objetivo principal de identificar los factores de riesgo de Osteoporosis y fractura y su prevención. Los objetivos específicos del curso fueron los siguientes: identificar pacientes con Osteoporosis (en las siguientes situaciones: mujeres postmenopáusicas, varones mayores de 65 años, OP inducida por glucocorticoides, OP secundarias), conocer el tratamiento más adecuado en cada una de dichas situaciones, mejorar la cumplimentación y adherencia al tratamiento de los pacientes, evitar el uso de fármacos sin criterios de tratamiento y reducir la iatrogenia.

Durante el desarrollo del curso, se recordó a los médicos como acceder al Cuadro de Mandos de Farmacia, así como revisar el indicador de osteoporosis y el listado de pacientes. También se realizó un breve test de conocimientos previo y posterior al curso y una encuesta de satisfacción y utilidad en la práctica clínica diaria.

Al curso de "Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria" (6 ediciones) se inscribieron 65 profesionales sanitarios (médicos y enfermeros de AP), asistiendo al curso 61 alumnos (93.8 % asistencia).

• Otras actividades:

El Grupo de Trabajo llevó a cabo el reparto de objetivos de forma individual, siendo este el siguiente:

-Introducción: José Codes

-Clínica y diagnóstico: Carmen Sanz y José Codes

-Medidas preventivas: Margarita Bueno y Carmen Santamaría

-Tratamiento: Juan Carlos Cobeta y Ariadna de Lucas

De forma individual, tras la revisión de diversas Guías de Práctica Clínica y otros documentos sobre Osteoporosis, se redactó y envió a la coordinadora del Grupo de Trabajo los puntos mencionados anteriormente. Está pendiente la puesta en común de este documento, así como su revisión.

• Cumplimiento del calendario:

El calendario marcado y el cumplimiento fue el siguiente:

I° TRIMESTRE

- Constitución del grupo de trabajo del proyecto: El 01/02/2018 queda constituido en la primera reunión el Grupo de Trabajo para el Proyecto de "Gestión clínica de la osteoporosis".

- Diseño del proceso: En la segunda reunión del Grupo de Trabajo el 20/03/2018 se muestra la propuesta de diseño del proyecto de OP y se reparten los objetivos de trabajo entre los miembros del grupo.

II° TRIMESTRE

- Difusión del proyecto: En la Comisión de Dirección realizada el 27/06/2018, a la que asistieron los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

coordinadores médicos y de enfermería de los EAP del sector de Calatayud, se informó a los profesionales acerca del proyecto de OP así como de las actividades formativas que se llevarían a cabo.

- Sesiones formativas: Se impartió el curso de "Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria" dirigido a Médicos, farmacéuticos y enfermeros/as de Atención Primaria. La duración del curso fue de 1 hora lectiva. Se realizaron 6 ediciones del curso entre el 17/09/2018 y el 27/10/2018 (tercer trimestre).
- Despliegue: Posteriormente a la realización del curso de "Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria", en los EAP del sector de Calatayud se han llevado a cabo sesiones para difundir los conceptos adquiridos durante el curso al resto de los profesionales de los EAP que no pudieron acudir al curso.

III° TRIMESTRE

- Monitorización. Cortes de indicadores: En diciembre de 2018, se han solicitado los cortes de los indicadores al IACS y estamos pendientes de recibir los datos y analizarlos. En cuanto al indicador de OP del Cuadro de Mandos de Farmacia denominado "Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años" (incluido en el proyecto), se ha realizado un seguimiento mensual cuyos resultados trataremos en el siguiente punto de la memoria de seguimiento.

IV° TRIMESTRE

- Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados:

A lo largo del 2018, el Grupo de Trabajo detectó que el indicador de OP del Cuadro de Mandos de Farmacia denominado "Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años" no contemplaba los factores mayores y menores en su fórmula, lo cual es una limitación ya que el indicador puede dar como resultado mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la OP que en principio no cumplen criterios de tratamiento pero que en realidad cumplen factores de riesgo mayores y/o menores por lo que si deben de estar con tratamiento. El Grupo de Trabajo está pendiente de analizar estos datos.

Por otra parte, este indicador calcula un resultado en porcentaje en vez de en nº de pacientes, cuando el resultado interesante a revisar es el nº de pacientes mujeres de 40 a 65 años tratadas con fármacos para la OP que no cumplen criterios (listado de pacientes), ya que el porcentaje dependiendo del total de mujeres de 40 a 65 años en el sector que se esté analizando puede hacer que este resultado se analice de forma alterada (ver punto 6 de la memoria de seguimiento).

- Evaluación final: Pendiente de realización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En diciembre de 2018, se han solicitado los cortes de los indicadores al IACS y estamos pendientes de recibir los datos y analizarlos.

En cuanto al indicador de OP del Cuadro de Mandos de Farmacia denominado "Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años", incluido en el proyecto como "% de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis en el periodo de evaluación", se ha realizado un seguimiento mensual y anual de este indicador (informando continuamente a los MAP), obteniéndose a nivel de sector los siguientes resultados:

-Corte enero 2017: 3.77% (292 mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis que no cumplen criterios para estar en tratamiento de OP/7.752 mujeres de 40 a 65 años en cupo en el sector de Calatayud).

-Corte enero 2018: 3.89% (303 mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis que no cumplen criterios para estar en tratamiento de OP/ 7.796 mujeres de 40 a 65 años en cupo en el sector de Calatayud).

-Corte enero 2019: 3.79% (299 mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis que no cumplen criterios para estar en tratamiento de OP/ 7.890 mujeres de 40 a 65 años en cupo en el sector de Calatayud).

El rango máximo-mínimo indicado en el Cuadro de mandos de Farmacia es 2,47% (mínimo) y 0,82% (máximo), siendo lo ideal alcanzar el 0%. El Sector de Calatayud se encuentra fuera de rango en este indicador en el Cuadro de Mandos de Farmacia y tampoco se alcanza el estándar marcado en el proyecto el cual era obtener un resultado <1.78%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo realizado ha sido satisfactorio. Se ha trabajado una parte importante del proyecto aunque por motivo de tiempo aún queda pendiente continuar con el análisis de datos. Por eso creemos importante seguir con su desarrollo durante 2019.

Por el momento, ya se han desarrollado la mayor parte de las actividades propuestas en el proyecto y, se pretende obtener cambios en cuanto a la mejora del conocimiento de la OP y sus factores de riesgo por parte de los profesionales del Sector para mejorar la atención de estos pacientes.

Este proyecto una vez finalizado se puede hacer extensible al resto de sectores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/29 ===== ***

Nº de registro: 0029

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Autores:
DE LUCAS BARQUERO ARIADNA, BUENO PASCUAL MARGARITA, CODES GOMEZ JOSE, COBETA MUÑOZ JUAN CARLOS, SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN, SANTAMARIA VALGAÑON MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Osteoporosis (OP), factor de riesgo para sufrir fracturas por fragilidad, representa un problema de salud pública debido a su alta prevalencia y a las repercusiones sociosanitarias y económicas que supone. Tras un análisis de la situación detectamos que el Sector de Calatayud es el que tiene un mayor porcentaje de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos (prescripción activa) para la OP de todo Aragón (3,8%/1,78%, existiendo, además, una gran variabilidad entre los EAPs. Económicamente, las prescripciones activas de fármacos para la OP supuso en el Sector de Calatayud el 2,64% del gasto total del Sector. Desconocemos datos sobre el tratamiento de la OP en otros grupos de población (rangos de edad, sexo)

RESULTADOS ESPERADOS

1. Identificar la población con riesgo incrementado de fracturas por fragilidad
2. Conocer la prevalencia de la OP en adultos entre 40 y 85 años de ambos sexos
3. Conocer la prevalencia de la OP en mujeres postmenopáusicas
4. Conocer la prevalencia de OP en pacientes con tratamiento prolongado de corticoides orales
5. Conocer la prevalencia de la OP densitométrica
6. Disminuir la iatrogenia secundaria al uso de fármacos
7. Mejorar la continuidad asistencial entre ambos niveles de AP/AE
8. Evitar la utilización de fármacos para la OP en pacientes que no cumplan criterios de tratamiento
9. Educación para la salud en OP: caídas, fracturas y fragilidad

MÉTODO

ACCIONES

1. Elaborar un listado de pacientes con episodio abierto en OMI-AP de OP (CIAP L95)
2. Revisión del índice FRAX en pacientes con diagnóstico de OP
3. Revisión DMO en pacientes con diagnóstico de OP
6. Revisión de pacientes con prescripción activa de fármacos para la OP
7. Revisión y análisis del tratamiento para la OP de los pacientes de 40 a 65 años que no cumplen criterios (n=303)
5. Revisión y actualización del protocolo de OP de OMI-AP
8. Análisis cuantitativo de fármacos para la OP en el sector

FORMACION

- Difusión por los EAPs del sector del proyecto.
- Sesiones clínicas difundiendo las GPC de OP basadas en la evidencia
- Educación para la salud: Reunión/sesión con pacientes con OP

INVESTIGACIÓN

- Elaboración de un estudio de investigación sobre la OP por parte de los miembros del proyecto

RECURSOS

- Soporte informático y ofimático
- Explotación del CM-Farmacia y OMI-AP

CAMBIOS PREVISTOS

- Conocimiento de la OP y sus factores de riesgo por parte de los profesionales del Sector
- Adquirir conocimientos, actitudes y aptitudes de los profesionales para mejorar la atención de estos pacientes
- Sensibilizar a la población y a los profesionales sobre el uso de la polifarmacia
- Mejorar la comunicación entre AE y la AP

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

INDICADORES

1. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación (8%)
2. % de mujeres entre 45 y 65 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación (18%)
3. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis a las que se les ha valorado el índice FRAX en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)
4. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis a las que se les ha valorado la DMO en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)
5. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tengan valorado el rango de la DMO en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)
6. % de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis en el periodo de evaluación (<1.78%)
7. % de pacientes entre 40 y 85 años diagnosticados de OP y tratamiento prolongado de corticoides orales en el periodo de evaluación (<50%)

EVALUACIÓN:

Periodo de evaluación: Enero - Diciembre 2017

Estructura:

- Sesiones formativas, difusión de la GPC de la OP, participación, actividad del grupo del proyecto

Proceso:

- Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores

Resultado:

- Evaluación final y memoria del proyecto en enero 2019

DURACIÓN

Iº TRIMESTRE

- Constitución del grupo de trabajo del proyecto
- Diseño del proceso

IIº TRIMESTRE

- Difusión del proyecto
- Sesiones formativas
- Despliegue

IIIº TRIMESTRE

- Monitorización. Cortes de indicadores.

IVº TRIMESTRE

- Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados.
- Evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0030

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS HERIDAS CRÓNICAS (HC): LESIONES POR PRESIÓN (LPP), LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, SÍNDROME DEL PIE DIABÉTICO Y OTRAS

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE MARGARITA BUENO PASCUAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCIÓN PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SOLANS PIQUERAS CARMEN
JUSTE SERAL MAR
GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN
BAGUENA BERNE MARTA
SANZ FOIX PERFECTA
LOZANO SERRANO AZUCENA
TORCAL ARNAL JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS, CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN Y COMUNICACIÓN:

1. CONSTITUCIÓN EQUIPO DE TRABAJO PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO.

En reunión del día 25 de abril de 2018 queda constituido el grupo de trabajo multidisciplinar, formado por profesionales de los dos niveles asistenciales y claves en la atención integral de las heridas crónicas en nuestro Sector.

En esta reunión se presentó el proyecto y se distribuyeron tareas.

2. SESIONES INFORMATIVAS DE LOGÍSTICA INTERNA Y EXTERNA DE LOS MATERIALES DE CURA Y PRODUCTOS SANITARIOS EN NUESTRO SECTOR.

Habiendo detectado como punto crítico en nuestro Sector la variabilidad en la forma de solicitud y entrega de los productos sanitarios, necesarios para la prevención y tratamiento de las heridas crónicas, se acordó la realización de sesiones en todos los equipos de Atención Primaria (EAP) por parte de los responsables de recursos materiales (RRMM) del Sector y la Dirección de Enfermería de AP.

El objetivo principal ha sido informar de la logística interna y externa del material de curas y material sanitario en general, a los responsables del material de cada EAP y a sus coordinadores.

Las fechas de realización de las sesiones fueron: 14 de febrero en el CS Daroca, 19 de febrero en el CS Ariza, 22 de marzo en el CS Villarroya, 22 de mayo en el CS Ateca, 21 de septiembre en el CS Illueca, 19 de octubre en el CS Morata y en el CS Sabiñan, 8 de noviembre en el CS Alhama, 9 de noviembre en el CS Calatayud Norte y el 18 de diciembre en Calatayud Sur.

En estas sesiones, se recordó también la necesidad de difusión, entre todos los enfermeros y profesionales implicados, de la Guía de Productos para la Prevención y Tratamiento de Heridas Crónicas que se elaboró desde la Subdirección de Compras y Logística del Servicio Aragonés de Salud y su adaptación en nuestro Sector.

3. IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LESIONES POR PRESIÓN (LPP) Y HERIDAS CRÓNICAS.

Desde la Comisión de Enfermería de lesiones por presión y heridas crónicas del Sector Calatayud, se elaboró el Protocolo de prevención y tratamiento de lesiones por presión (LPP) y heridas crónicas (HC).

Tanto para la implementación y difusión del protocolo, como para la formación y sensibilización de los profesionales de enfermería en la correcta práctica clínica y en el uso óptimo de los recursos humanos y materiales, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Curso Prevención y tratamiento de lesiones por presión y heridas crónicas, organizado en el hospital Ernest Lluch, desde la Comisión de Enfermería de úlceras por presión y heridas crónicas del Sector, el 29 de mayo de 2018. A este curso tratado como formador de formadores en Atención Primaria, se inscribieron al menos una enfermera de cada equipo, realizando posteriormente una sesión en sus centros.
- Sesiones sobre Prevención y tratamiento de LPP y HC en los equipos de AP, trasladando lo aprendido en el curso anteriormente citado: Villarroya de la Sierra 25 de mayo, Calatayud Norte 12 de septiembre, Calatayud Sur 13 de diciembre, Illueca 21 de septiembre, Sabiñan 11 de junio, Ateca 26 de noviembre, Daroca 1 de octubre, Morata de Jalón 14 de enero, Alhama de Aragón en el segundo semestre de 2018 y en Ariza se realizará el próximo 22 de enero de 2019.
- En el segundo trimestre de 2019 se ha programado la realización del taller "Diagnóstico diferencial, cuidados y tratamiento de lesiones de origen vascular en EEII", en el que se inscribirá un enfermero referente de cada EAP, modelo formador de formadores, con el objetivo de llegar al mayor número de enfermeros posible.

4. ATENCIÓN AL PIE DIABÉTICO

El 8 de noviembre la Dirección General de Asistencia Sanitaria, presentó en el hospital Ernest Lluch el documento del proceso de atención al pie diabético en Aragón, una de las líneas estratégicas definidas en el Programa de Diabetes. En nuestro Sector se ha establecido que la enfermera de competencias avanzadas en la atención del pie diabético sea la enfermera de la consulta de Endocrinología del hospital Ernest Lluch, miembro del equipo de apoyo del proyecto. En el primer trimestre del año en curso, desde el grupo de trabajo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0030

1. TÍTULO

ATENCION INTEGRAL A LAS HERIDAS CRONICAS (HC): LESIONES POR PRESION (LPP), LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, SINDROME DEL PIE DIABETICO Y OTRAS

se abordarán las acciones específicas a realizar, si se precisa, para una mejor implementación del procedimiento de atención al pie diabético en nuestro Sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En diciembre de 2018, después de modificar los indicadores del Proyecto (Indicadores de Impacto) y solicitar la información al IACS, estamos pendientes de recibir los datos y analizarlos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En este proyecto por el extenso contenido y los aspectos que han quedado pendientes en la consecución de los objetivos planteados, ha sido necesaria su continuidad en 2019. Los miembros del equipo de mejora que han realizado las sesiones informativas sobre los recursos materiales y su gestión, en cada uno de los EAP del Sector, han valorado esta actividad muy positivamente. Las características propias de los EAP de la zona rural y su dispersión, ocasiona que en la logística y suministro de los materiales sanitarios surjan algunos inconvenientes, que se han podido tratar en estas reuniones. Otra de las lecciones aprendidas ha sido la necesidad de un correcto registro de seguimiento de las heridas crónicas, para conocer y evaluar su prevalencia y duración del tratamiento mas adecuado en cada caso, objetivos principales del Proyecto Asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/30 ===== ***

Nº de registro: 0030

Título
ATENCION INTEGRAL A LAS HERIDAS CRONICAS (HC): LESIONES POR PRESION (LPP), LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, SINDROME DEL PIE DIABETICO Y OTRAS

Autores:
BUENO PASCUAL MARGARITA, TORCAL AZNAR JAVIER, GARCIA TEJADA MARGARITA, JUSTE SERAL MARIA MAR, GIL MOSTEO MARIA JOSE, SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN, GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN, LOZANO SERRA MARIA AZUCENA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cura de heridas crónicas es una de las tareas asistenciales que más recursos ocupan en la atención sanitaria, sobre todo para enfermería. La prevalencia de las úlceras vasculares oscila entre el 0,10% - 0,30%, su incidencia es entre 3 y 5 nuevos casos por mil personas y año. Destaca su alta cronicidad y recidiva, de las cuales entre el 40- 50% permanecerán activas entre seis meses y un año, y un 10% alcanzarán hasta los 5 años de evolución.

Las úlceras en el pie diabético son el principal factor de riesgo de pérdida de extremidad en estos pacientes y primera causa de amputación no traumática en el mundo, produciendo una gran carga personal, familiar y social y elevados costes económicos del sistema de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Conocer la prevalencia y etiología de las HC atendidas en AP del Sector Calatayud.
2. Difundir el programa de la logística interna y externa de los materiales sanitarios.
3. Implementar el protocolo de prevención y tratamiento de las LPP y HC.
4. Aumentar el registro de los cuidados de enfermería de las HC en OMI-AP.
5. Mejorar la calidad de vida de las personas que presentan una HC y de su entorno familiar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0030

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS HERIDAS CRÓNICAS (HC): LESIONES POR PRESIÓN (LPP), LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, SÍNDROME DEL PIE DIABÉTICO Y OTRAS

6. Disminuir el tiempo de cicatrización de la lesión.

MÉTODO

ACCIONES:

1. Formación de un grupo de trabajo integrado por profesionales de AP y AE.
2. Establecer el circuito reglado señalado en el proyecto Unidad de pie diabético en Aragón.
3. Planificar sesiones en todos los EAP, para la difusión informativa de la logística del material sanitario.
4. Sesiones de formación en prevención y tratamiento de las HC.

CAMBIOS PREVISTOS:

1. Implementación del protocolo de prevención y tratamiento de las LPP y HC en el Sector.
3. Sensibilizar a los profesionales en la correcta práctica clínica y el uso óptimo de los recursos

INDICADORES

INDICADORES:

- % de EAP en los que se ha presentado el programa de la logística interna y externa del material necesario para la prestación de la asistencia sanitaria, del Sistema Aragonés de Salud, en el periodo de estudio (100%)
- % de EAP en los que se ha presentado el protocolo de prevención y tratamiento de LPP y HC del Sector, en el periodo de estudio (100%)
- % de pacientes diabéticos a los que se les ha realizado la revisión del pie diabético, en el periodo de estudio (80%)
- % de pacientes inmovilizados, dependientes, terminales y crónico complejos a los que se les ha valorado el riesgo de ulceración, en el periodo de estudio (80%)
- % de pacientes con HC activas con registro en episodio de úlcera por decúbito (S97) o úlcera miembros inferiores, excepto las de decúbito (S97/707.1) (80%).
- % de pacientes con heridas crónicas en extremidades inferiores a los que se les ha realizado el diagnóstico diferencial según su etiología arterial o venosa (60%)
- % de pacientes con diagnóstico de úlcera venosa, que han sido tratados con terapia compresiva (40%)

EVALUACIÓN:

Periodo de evaluación: Enero- Diciembre 2017

Estructura:

Actividad del grupo de trabajo, sesiones formativas e informativas de difusión del protocolo.

Proceso:

Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores.

Resultado:

Evaluación final y memoria del proyecto en enero de 2019.

DURACIÓN

I° TRIMESTRE:

- Formación del grupo de trabajo.
- Sesiones informativas y de difusión del programa de logística del material sanitario

II° TRIMESTRE:

- Sesiones de formación en prevención y tratamiento de las LPP y HC.
- Implementación del protocolo de atención a las LPP y HC.

III° TRIMESTRE:

- Monitorización.

IV° TRIMESTRE:

- Recogida y aclaración de sugerencias planteados.
- Evaluación final.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0030

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS HERIDAS CRÓNICAS (HC): LESIONES POR PRESIÓN, LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, PIE DIABÉTICO Y OTRAS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARGARITA BUENO PASCUAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CODES GOMEZ JOSE
SOLANS PIQUERAS CARMEN
GIL MOSTEO MARIA JOSE
JUSTE SERAL MAR
GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN
LOZANO SERRANO AZUCENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Formación:

Sesiones de difusión del protocolo de prevención y tratamiento de lesiones por presión (LPP) y heridas crónicas del Sector:

? C.S. Morata de Jalón (14/01/2019)
? C.S. Ariza (22/01/2019)

En 2018 estas sesiones se realizaron en el resto de los equipos del Sector, completando así en 2019 la implementación del protocolo y reforzando los conocimientos en la prevención y tratamiento de las heridas crónicas. En las sesiones se recordaba también el correcto registro y codificación de los episodios en los planes personales OMI-AP.

Se impartió el taller "Diagnóstico diferencial, cuidados y tratamiento de lesiones de origen vascular en EEII". Taller con el código CA-0151/2019, dirigido a profesionales de enfermería de Atención Primaria, realizado el día 28/03/2019 y de dos horas lectivas de duración. En este taller fundamentalmente práctico los objetivos eran capacitar a los profesionales para realizar el diagnóstico diferencial de las lesiones vasculares (práctica de la técnica índice tobillo/brazo), actualizar los conocimientos en los cuidados y tratamiento de las heridas crónicas en EEII de origen vascular venoso (práctica del tratamiento con sistema de compresión multicapa) y reforzar el sistema de registro en OMI-AP, en relación al cuidado y tratamiento de las lesiones de origen vascular venoso.

Seguimiento: Se hizo un corte en julio de 2019 de seguimiento de los indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador:

% de EAPs en los que se ha presentado el programa de la logística interna y externa del material necesario para la prestación de la asistencia sanitaria, en el periodo de estudio (100%)
Resultado = 100% de los EAPs

Indicador:

% de EAPs en los que se ha presentado el protocolo de prevención y tratamiento de úlceras por presión y heridas crónicas (100%)
Resultado = 100%

Indicador:

% de pacientes diabéticos a los que se les ha realizado la revisión del pie diabético, en el periodo de estudio (80%)

Periodo de evaluación: De enero a diciembre de 2019

Resultado = 44,82 %

Indicador:

% de pacientes inmovilizados, dependientes, terminales crónico complejo a los que se les ha valorado el riesgo de ulceración en el periodo de estudio (80%)

Periodo de evaluación: De enero a diciembre de 2019

Resultado = 83,27 %

Indicador:

% de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de úlcera de miembros inferiores, excepto las de decúbito, en los que, mediante la exploración vascular, se identifiquen las úlceras que son venosas (60%)

Medición en julio de 2019 = 3,61 %

Medición a 31 de diciembre de 2019 = 3,58 %

Fuente/procedimiento: SQL Servicio informática Calatayud

Indicador:

% de pacientes con diagnóstico de úlcera venosa, sin signos de afectación arterial, que han sido tratados con terapia compresiva (40%).

Fuente/procedimiento: OMI-AP

El Servicio de Informática NO ha podido extraer este indicador por los siguientes motivos:

- En los episodios a estudio no se indica el código CIE-10 asociado, imprescindible para que aparezcan totalmente diferenciados los seis episodios que comparten el código S97 de la CIAP.

- Dificultad en localizar en la base de datos la información asociada a "tratamiento con terapia compresiva"

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0030

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS HERIDAS CRÓNICAS (HC): LESIONES POR PRESIÓN, LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, PIE DIABÉTICO Y OTRAS

multicapa" dado que solo aparece esta actividad en el Plan Personal cuando hemos utilizado la codificación CIE-10.

Para la obtención de los datos de los indicadores propuestos, la DAP elaboró un manual con la descripción de los mismos y los DGPs de OMI correspondiente. Se remitió al Servicio de Informática para su explotación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración sobre las actividades en la consecución de objetivos en la primera parte del proyecto ha sido positiva, con una adecuada implementación del protocolo de prevención y tratamiento de las heridas crónicas elaborado por la Comisión del Sector. Se han realizado todas las sesiones informativas propuestas sobre la gestión en nuestro Sector y en la Central de Compras y Logística, de los materiales de cura y productos sanitarios, que junto a los cursos y talleres impartidos para la correcta práctica en las curas, ha mejorado la atención a los pacientes con heridas crónicas.

Dificultades y limitaciones encontradas: La mayor dificultad ha sido la explotación de datos por un inadecuado registro y codificación de los episodios de deterioro de la integridad cutánea en EEII. El código CIAP S97 es compartido por cuatro episodios de úlcera vascular, con el episodio de las úlceras por presión y con el del pie diabético. Es imprescindible utilizar también la codificación CIE-10, para que queden totalmente diferenciados y aparezca en el Plan Personal las actividades correspondiente en cada episodio, esto exige un cuidado en el registro que no siempre se produce.

Lección aprendida: Es necesaria la formación continua tanto de la práctica asistencial como de los sistemas de registro en la historia clínica de OMI-AP. Nos encontramos con gran variabilidad en los conocimientos tanto de la práctica clínica como en el registro de las actividades.

Sostenibilidad: Mantendremos el sistema de formación continua y correcto registro de las heridas crónicas, analizando los datos para conocer la prevalencia según la etiología y valorar la indicación de terapia compresiva en las úlceras vasculares venosas (indicador pendiente de explotación de datos).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/30 ===== ***

Nº de registro: 0030

Título

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS HERIDAS CRÓNICAS (HC): LESIONES POR PRESIÓN (LPP), LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, SÍNDROME DEL PIE DIABÉTICO Y OTRAS

Autores:

BUENO PASCUAL MARGARITA, TORCAL AZNAR JAVIER, GARCIA TEJADA MARGARITA, JUSTE SERAL MARIA MAR, GIL MOSTEO MARIA JOSE, SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN, GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN, LOZANO SERRA MARIA AZUCENA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cura de heridas crónicas es una de las tareas asistenciales que más recursos ocupan en la atención sanitaria, sobre todo para enfermería.

La prevalencia de las úlceras vasculares oscila entre el 0,10% - 0,30%, su incidencia es entre 3 y 5 nuevos casos por mil personas y año. Destaca su alta cronicidad y recidiva, de las cuales entre el 40- 50% permanecerán activas entre seis meses y un año, y un 10% alcanzarán hasta los 5 años de evolución.

Las úlceras en el pie diabético son el principal factor de riesgo de pérdida de extremidad en estos pacientes y primera causa de amputación no traumática en el mundo, produciendo una gran carga personal, familiar y social y elevados costes económicos del sistema de salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0030

1. TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS HERIDAS CRÓNICAS (HC): LESIONES POR PRESIÓN, LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, PIE DIABÉTICO Y OTRAS

RESULTADOS ESPERADOS

1. Conocer la prevalencia y etiología de las HC atendidas en AP del Sector Calatayud.
2. Difundir el programa de la logística interna y externa de los materiales sanitarios.
3. Implementar el protocolo de prevención y tratamiento de las LPP y HC.
4. Aumentar el registro de los cuidados de enfermería de las HC en OMI-AP.
5. Mejorar la calidad de vida de las personas que presentan una HC y de su entorno familiar.
6. Disminuir el tiempo de cicatrización de la lesión.

MÉTODO

ACCIONES:

1. Formación de un grupo de trabajo integrado por profesionales de AP y AE.
2. Establecer el circuito reglado señalado en el proyecto Unidad de pie diabético en Aragón.
3. Planificar sesiones en todos los EAP, para la difusión informativa de la logística del material sanitario.
4. Sesiones de formación en prevención y tratamiento de las HC.

CAMBIOS PREVISTOS:

1. Implementación del protocolo de prevención y tratamiento de las LPP y HC en el Sector.
3. Sensibilizar a los profesionales en la correcta práctica clínica y el uso óptimo de los recursos

INDICADORES

INDICADORES:

- % de EAP en los que se ha presentado el programa de la logística interna y externa del material necesario para la prestación de la asistencia sanitaria, del Sistema Aragonés de Salud, en el periodo de estudio (100%)
- % de EAP en los que se ha presentado el protocolo de prevención y tratamiento de LPP y HC del Sector, en el periodo de estudio (100%)
- % de pacientes diabéticos a los que se les ha realizado la revisión del pie diabético, en el periodo de estudio (80%)
- % de pacientes inmovilizados, dependientes, terminales y crónico complejos a los que se les ha valorado el riesgo de ulceración, en el periodo de estudio (80%)
- % de pacientes con HC activas con registro en episodio de úlcera por decúbito (S97) o úlcera miembros inferiores, excepto las de decúbito (S97/707.1) (80%).
- % de pacientes con heridas crónicas en extremidades inferiores a los que se les ha realizado el diagnóstico diferencial según su etiología arterial o venosa (60%)
- % de pacientes con diagnóstico de úlcera venosa, que han sido tratados con terapia compresiva (40%)

EVALUACIÓN:

Periodo de evaluación: Enero- Diciembre 2017

Estructura:

Actividad del grupo de trabajo, sesiones formativas e informativas de difusión del protocolo.

Proceso:

Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores.

Resultado:

Evaluación final y memoria del proyecto en enero de 2019.

DURACIÓN

I° TRIMESTRE:

- Formación del grupo de trabajo.
- Sesiones informativas y de difusión del programa de logística del material sanitario

II° TRIMESTRE:

- Sesiones de formación en prevención y tratamiento de las LPP y HC.
- Implementación del protocolo de atención a las LPP y HC.

III° TRIMESTRE:

- Monitorización.

IV° TRIMESTRE:

- Recogida y aclaración de sugerencias planteados.
- Evaluación final.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ARIADNA DE LUCAS BARQUERO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP CALATAYUD
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUENO PASCUAL MARGARITA
CODES GOMEZ JOSE
COBETA MUÑOZ JUAN CARLOS
SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN
SANTAMARIA VALGAÑON MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
· Constitución Grupo de Trabajo a nivel sector:

El 01/02/2018 queda constituido en la primera reunión el Grupo de Trabajo para el Proyecto de "Gestión clínica de la osteoporosis". El Grupo de Trabajo está formado por un equipo multidisciplinar en el que participan la Dirección médica y de enfermería del sector de Calatayud, un reumatólogo del Hospital Ernest LLuch, una enfermera A.P, un médico de familia A.P y la farmacéutica de A.P del sector de Calatayud.

· Reuniones:

Se han realizado 4 reuniones en las siguientes fechas 01/02/2018, 20/03/2018, 05/09/2018, 13/09/2018.

En estas reuniones se ha debatido la pertinencia del proyecto, se han planteado objetivos y repartido para el desarrollo de forma individual por los miembros del grupo de trabajo y, para su posterior puesta en común. Además, se ha desarrollado el curso, publicado por el IAAP, para formar a los profesionales sanitarios del sector de Calatayud en cuanto al manejo de la osteoporosis en A.P.

· Formación:

Se impartió el curso de "Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria" dirigido a Médicos, farmacéuticos y enfermeros/as de Atención Primaria. La duración del curso fue de 1 hora lectiva. Se realizaron 6 ediciones del curso (6 horas en total) entre el 17/09/2018 y el 27/10/2018.

Para ello, el Grupo de Trabajo realizó la revisión de diversas Guías de Práctica Clínica, revisiones sistemáticas y artículos de revisión de la literatura sobre Osteoporosis. Posteriormente, elaboró una presentación en Power Point con el objetivo principal de identificar los factores de riesgo de Osteoporosis y fractura y su prevención. Los objetivos específicos del curso fueron los siguientes: identificar pacientes con Osteoporosis (en las siguientes situaciones: mujeres postmenopáusicas, varones mayores de 65 años, OP inducida por glucocorticoides, OP secundarias), conocer el tratamiento más adecuado en cada una de dichas situaciones, mejorar la cumplimentación y adherencia al tratamiento de los pacientes, evitar el uso de fármacos sin criterios de tratamiento y reducir la iatrogenia.

Durante el desarrollo del curso, se recordó a los médicos como acceder al Cuadro de Mandos de Farmacia, así como revisar el indicador de osteoporosis y el listado de pacientes. Además, se recomendó realizar consulta intervirtual al reumatólogo del hospital si estimaran oportuna la deprescripción o el cambio de algún fármaco antiosteoporótico. También se realizó un breve test de conocimientos previo y posterior al curso y una encuesta de satisfacción y utilidad en la práctica clínica diaria.

Al curso de "Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria" (6 ediciones) se inscribieron 65 profesionales sanitarios (médicos y enfermeros de AP), asistiendo al curso 61 alumnos (93.8 % asistencia).

En 2019, se estimó que no era necesario volver a realizar una acción formativa.

· Otras actividades:

El Grupo de Trabajo llevó a cabo el reparto de objetivos de forma individual, siendo este el siguiente:

-Introducción: José Codes

-Clínica y diagnóstico: Carmen Sanz y José Codes

-Medidas preventivas: Margarita Bueno y Carmen Santamaría

-Tratamiento: Juan Carlos Cobeta y Ariadna de Lucas

De forma individual, tras la revisión de diversas Guías de Práctica Clínica y otros documentos sobre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Osteoporosis, se redactó y envió a la coordinadora del Grupo de Trabajo los puntos mencionados anteriormente.

- Cumplimiento del calendario:

El calendario marcado y el cumplimiento fue el siguiente:

En 2018 (1er año)

Iº TRIMESTRE

- Constitución del grupo de trabajo del proyecto: El 01/02/2018 queda constituido en la primera reunión el Grupo de Trabajo para el Proyecto de "Gestión clínica de la osteoporosis".
- Diseño del proceso: En la segunda reunión del Grupo de Trabajo el 20/03/2018 se muestra la propuesta de diseño del proyecto de OP y se reparten los objetivos.

IIº TRIMESTRE

- Difusión del proyecto: En la Comisión de Dirección realizada el 27/06/2018, a la que asistieron los coordinadores médicos y de enfermería de los EAP del sector, se informó acerca del proyecto de OP así como de las actividades formativas que se llevarían a cabo.
- Sesiones formativas: Se impartió el curso de "Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria" dirigido a Médicos, farmacéuticos y enfermeros/as de Atención Primaria. La duración del curso fue de 1 hora lectiva. Se realizaron 6 ediciones del curso entre el 17/09/2018 y el 27/10/2018 (tercer trimestre).
- Despliegue: Posteriormente a la realización del curso de "Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria", en los EAP del sector de Calatayud se han llevado a cabo sesiones para difundir los conceptos adquiridos durante el curso al resto de los profesionales de los EAP que no pudieron acudir al curso.

IIIº TRIMESTRE

- Monitorización. Cortes de indicadores: En diciembre de 2018, se solicitaron los cortes de los indicadores al IACS. En cuanto al indicador de OP del Cuadro de Mandos de Farmacia denominado "Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años" (incluido en el proyecto), se realizó un seguimiento cuyo resultado trataremos en el siguiente punto de la memoria.

IVº TRIMESTRE

- Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados: A lo largo del 2018, el Grupo de Trabajo detectó que el indicador de OP del Cuadro de Mandos de Farmacia denominado "Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años" no contemplaba los factores mayores y menores en su fórmula, lo cual es una limitación. El Grupo de Trabajo deja pendiente analizar estos datos en 2019.

En 2019 (2º año)

En septiembre de 2019, se solicitaron al informático de sector los cortes de enero-agosto 2019 de los indicadores y se analizaron. A principios de enero de 2020, se volvieron a solicitar los datos correspondientes al corte de enero-diciembre 2019.

Una vez extraídos todos los datos de los indicadores se ha procedido al análisis y a la obtención de conclusiones que analizamos en los próximos puntos de la memoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La intervención formativa a nivel sector se realizó entre el 17/09/2018 y el 27/10/2018, por ello, se han explotado y analizado los datos de los indicadores en 2 periodos: preintervención y postintervención

Todos los datos que se exponen a continuación se refieren al sector Calatayud (población, nº pacientes...). Los resultados obtenidos han sido los siguientes:

1. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación (8%)
"Prevalencia estimada de OP ambos sexos"
Definición: % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación.
Numerador: N° de pacientes entre 40 y 85 años con episodio abierto de OSTEOPOROSIS (L95) y algún registro en el último año.
Denominador: Población asignada (TIS) entre 40 y 85 años de edad.
Fuente: OMI-AP y BDU
-Resultado preintervención (01/10/2017-31/09/2018): 2614/25649*100=10.19%
-Resultado postintervención (01/10/2018-30/09/2019): 2548/25412*100=10.03%

2. % de mujeres entre 45 y 65 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación (18%)
"Prevalencia estimada de OP en mujeres entre 40 y 65 años"
Definición: % de mujeres entre 40 y 65 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación.
Numerador: N° de mujeres entre 40 y 65 años con episodio abierto de OSTEOPOROSIS (L95) y algún registro en el último año.
Denominador: Población mujeres asignada (TIS) entre 40 y 65 años de edad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Fuente: OMI-AP y BDU

-Resultado preintervención (01/10/2017-31/09/2018): $733/7831*100=9.36\%$

-Resultado postintervención (01/10/2018-30/09/2019): $710/7643*100=9.29\%$

3. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis a las que se les ha valorado el índice FRAX en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)

"Revisión índice FRAX"

Definición: % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro del índice de FRAX en el periodo de evaluación

Numerador: Número de pacientes entre 40 y 85 años con episodio abierto de osteoporosis (L95) que tengan registrado en el protocolo "AP-ADULTO OSTEOPOROSIS" el índice de FRAX en el periodo de evaluación

Denominador: Número de pacientes entre 40 y 85 años de edad con episodio abierto de OSTEOPOROSIS (L95) en el periodo de evaluación.

Fuente: OMI-AP y BDU

-Resultados: No se ha podido realizar la extracción de datos de este indicador puesto que no existe un DGP índice FRAX y, a pesar de que los facultativos pueden registrar este dato en OMI-AP no se puede explotar ni analizar.

4. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis a las que se les ha valorado la DMO en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)

"Revisión densidad mineral ósea (DMO)"

Definición: % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro del resultado de la densitometría en el periodo de evaluación

Numerador: Pacientes entre 40 y 85 años con episodio abierto de osteoporosis (L95) que tienen registrado el resultado de la densitometría mediante el DGP "TSCOREC", "TSCOREL" ó ambos en el periodo de estudio.

Denominador: Todos los pacientes 40 y 85 años de edad con episodio abierto de OSTEOPOROSIS (L95) en el periodo de evaluación.

Fuente: OMI-AP

-Resultado preintervención (01/10/2017-31/09/2018): $92/2614*100=3.52\%$

-Resultado postintervención (01/10/2018-30/09/2019): $95/2548*100=3.73\%$

5. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tengan valorado el rango de la DMO en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)

"Valor de la DMO"

Definición: % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro que valore el resultado de la densitometría en el periodo de evaluación

Numerador: Número de pacientes entre 40 y 85 años con episodio abierto de osteoporosis (L95) que tienen valorada la prueba de interpretación T Score mediante el DGP "FRESUDMO" en el periodo de evaluación

-con el valor 'Osteopenia'

-con el valor 'Osteoporosis'

-con el valor 'Normal'

Denominador: Número de pacientes 40 y 85 años de edad con episodio abierto de OSTEOPOROSIS (L95) en el periodo de evaluación.

Fuente: OMI-AP

-Resultado preintervención (01/10/2017-31/09/2018):

-valorado DMO: $113/2614*100= 4.32\%$

-con el valor 'Osteopenia': $38/2614*100= 1.45\%$

-con el valor 'Osteoporosis': $58/2614*100= 2.22\%$

-con el valor 'Normal': $17/2614*100= 0.65\%$

-Resultado postintervención (01/10/2018-30/09/2019):

-valorado DMO: $101/2548*100= 3.96\%$

-con el valor 'Osteopenia': $36/2548*100= 1.41\%$

-con el valor 'Osteoporosis': $55/2548*100= 2.16\%$

-con el valor 'Normal': $10/2548*100= 0.39\%$

6. % de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis en el periodo de evaluación (<1.78%)

"Mujeres entre 40 y 65 años con tratamiento para la OP"

Definición: % de mujeres entre 40 y 65 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen algún fármaco para el tratamiento de los OP en el periodo de evaluación.

Numerador: Número de mujeres entre 40 y 65 años con diagnóstico de osteoporosis con prescripción activa de fármacos para la osteoporosis [ácido etidróico (M05BA01) o ácido alendróico (M05BA04) o ácido ibandróico (M05BA06) o ácido risedróico (M05BA07) o ácido alendróico asociado a colecalciferol (M05BB03) o bazedoxifeno (G03XC01) o, raloxifeno (G03XC02) o teriparatida (H05AA02) o ranelato de estroncio (M05BX03) o denosumab (M05BX04)] en el periodo de evaluación.

Denominador: Número de pacientes 40 y 65 años de edad con episodio abierto de OSTEOPOROSIS (L95) en el periodo de evaluación.

Fuente: OMI-AP y CM Farmacia

-Resultado preintervención (01/10/2017-31/09/2018): $270/733*100=36.83\%$

-Resultado postintervención (01/10/2018-30/09/2019): $263/710*100=37.04\%$

En el periodo preintervención se prescribieron: 58 ácido alendróico, 27 ácido alendróico + colecalciferol, 40 bazedoxifeno, 136 denosumab, 22 ácido ibandróico, 6 raloxifeno, 7 ácido risedróico, 1 teriparatida.

En el periodo postintervención se prescribieron: 68 ácido alendróico, 23 ácido alendróico + colecalciferol, 36 bazedoxifeno, 142 denosumab, 15 ácido ibandróico, 7 raloxifeno, 10 ácido risedróico, 2 teriparatida.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Este indicador es una adaptación del indicador que aparece en CM Farmacia, el cual es el siguiente:

"Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años":

Objetivo: Conocer el porcentaje de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis.

Finalidad: Evitar la utilización de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años que no cumplan criterios de tratamiento.

Periodo a analizar: Prescripciones activas en la fecha de estudio.

Numerador: CIA distintos [de mujeres entre 40-65 años y con prescripción activa de fármacos para la osteoporosis [ácido etidróico (M05BA01) o ácido alendróico (M05BA04) o ácido ibandróico (M05BA06) o ácido risedróico (M05BA07) o ácido alendróico asociado a colecalciferol (M05BB03) o bazedoxifeno (G03XC01) o, raloxifeno (G03XC02) o teriparatida (H05AA02) o ranelato de estroncio (M05BX03) o denosumab (M05BX04)]].

Denominador: CIA distintos de mujeres entre 40-65 años en un cupo (Fuente BDU).

El valor ideal del indicador sería tendente al 0%. Los rangos se establecerán en función de los percentiles de los CIAS de Aragón.

Limitación: No contempla las situaciones clínicas individuales donde a pesar de las recomendaciones generales podría estar indicado en uso de fármacos en mujeres menores de 65 años. En este sentido, la justificación expuesta es válida para mujeres que no hayan tenido fracturas previas, ni otras circunstancias patológicas (tratamiento con corticoides, enfermedades reumáticas, hiperparatiroidismo, etc).

En cuanto al indicador de OP del Cuadro de Mandos de Farmacia denominado "Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años", adaptado en el proyecto como "% de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis en el periodo de evaluación", se ha realizado un seguimiento mensual y anual de este indicador (informando continuamente a los MAP), obteniéndose a nivel de sector los siguientes resultados:

-Corte enero 2018: 3.89% (303 mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis que no cumplen criterios para estar en tratamiento de OP/ 7.796 mujeres de 40 a 65 años en cupo en el sector de Calatayud).

-Corte enero 2019: 3.79% (299 mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis que no cumplen criterios para estar en tratamiento de OP/ 7.890 mujeres de 40 a 65 años en cupo en el sector de Calatayud).

-Corte enero 2020: 3.53% (279 mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis que no cumplen criterios para estar en tratamiento de OP/ 7.895 mujeres de 40 a 65 años en cupo en el sector de Calatayud).

El rango máximo-mínimo indicado en el Cuadro de mandos de Farmacia es 2,34% (mínimo) y 0,75% (máximo), siendo lo ideal alcanzar el 0%. El Sector de Calatayud se encuentra fuera de rango en este indicador en el Cuadro de Mandos de Farmacia y tampoco se alcanza el estándar marcado en el proyecto el cual era obtener un resultado <1.78%. A pesar de ello, se observa un descenso en los dos últimos años del número de mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis que no cumplen criterios para estar en tratamiento de OP, siendo 24 paciente menos que en 2018.

El indicador de OP del Cuadro de Mandos de Farmacia denominado "Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años" no contempla los factores mayores y menores en su fórmula, lo cual es una limitación ya que el indicador puede dar como resultado mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la OP que en principio no cumplen criterios de tratamiento pero que en realidad cumplen factores de riesgo mayores y/o menores por lo que si deben de estar con tratamiento.

Se concluye que encontrándose o no dentro de rango en este indicador, lo importante es la revisión del listado de pacientes que no cumplen criterios (numerador) y no el porcentaje en sí ya que va a variar en función de la población a estudio, y tomar medidas en cuanto a la deprescripción de tratamientos antiosteoporóticos en caso de que el facultativo lo estime necesario.

7. % de pacientes entre 40 y 85 años diagnosticados de OP y tratamiento prolongado de corticoides orales en el periodo de evaluación (<50%)

"Población diagnosticada de OP y tratamiento prolongado de corticoides"

Definición: % de población entre 40 y 85 años con diagnóstico de OP (L95) y tratamiento prolongado con corticoesteroides (glucocorticoides).

Numerador: Número de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis con prescripción activa de fármacos glucocorticoides (H02AB) [Betametasona (H02AB01) o Deflazacort (H02AB13) o Dexametasona (H02AB02) o Hidrocortisona (H02AB09) o Metilprednisolona (H02AB04) o Prednisolona (H02AB06) o Prednisona (H02AB07) o Triamcinolona (H02AB08)] en el periodo de evaluación.

Denominador: Número de pacientes 40 y 85 años de edad con episodio abierto de OSTEOPOROSIS (L95) en el periodo de evaluación.

Fuente: OMI-AP y CM Farmacia

-Resultado preintervención (01/10/2017-31/09/2018): $4/2614*100=0.15\%$

-Resultado postintervención (01/10/2018-30/09/2019): $2/2548*100=0.08\%$

En el periodo preintervención se prescribieron 1 betametasona y 3 deflazacort y en el periodo postintervención se prescribieron 2 deflazacort.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas: El trabajo realizado ha sido satisfactorio. El equipo de mejora de este proyecto va a continuar analizando los datos y realizando intervenciones en el sector si lo estimara oportuno.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Dificultades/limitaciones encontradas: La principal limitación que hemos tenido ha sido la explotación de los datos, ya que algunos de ellos no se han podido obtener como el índice FRAX.

Sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación: Este proyecto se puede hacer extensible al resto de sectores.

Conclusiones finales:

- Buena aceptación del proyecto en los EAPs
- Actualización formativa de los profesionales del sector en manejo de paciente con osteoporosis.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/29 ===== ***

Nº de registro: 0029

Título
GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Autores:
DE LUCAS BARQUERO ARIADNA, BUENO PASCUAL MARGARITA, CODES GOMEZ JOSE, COBETA MUÑOZ JUAN CARLOS, SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN, SANTAMARIA VALGAÑON MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Osteoporosis (OP), factor de riesgo para sufrir fracturas por fragilidad, representa un problema de salud pública debido a su alta prevalencia y a las repercusiones sociosanitarias y económicas que supone. Tras un análisis de la situación detectamos que el Sector de Calatayud es el que tiene un mayor porcentaje de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos (prescripción activa) para la OP de todo Aragón (3,8%/1,78%, existiendo, además, una gran variabilidad entre los EAPs. Económicamente, las prescripciones activas de fármacos para la OP supuso en el Sector de Calatayud el 2,64% del gasto total del Sector. Desconocemos datos sobre el tratamiento de la OP en otros grupos de población (rangos de edad, sexo)

RESULTADOS ESPERADOS

1. Identificar la población con riesgo incrementado de fracturas por fragilidad
2. Conocer la prevalencia de la OP en adultos entre 40 y 85 años de ambos sexos
3. Conocer la prevalencia de la OP en mujeres postmenopáusicas
4. Conocer la prevalencia de OP en pacientes con tratamiento prolongado de corticoides orales
5. Conocer la prevalencia de la OP densitométrica
6. Disminuir la iatrogenia secundaria al uso de fármacos
7. Mejorar la continuidad asistencial entre ambos niveles de AP/AE
8. Evitar la utilización de fármacos para la OP en pacientes que no cumplan criterios de tratamiento
9. Educación para la salud en OP: caídas, fracturas y fragilidad

MÉTODO

ACCIONES

1. Elaborar un listado de pacientes con episodio abierto en OMI-AP de OP (CIAP L95)
2. Revisión del índice FRAX en pacientes con diagnóstico de OP
3. Revisión DMO en pacientes con diagnóstico de OP
6. Revisión de pacientes con prescripción activa de fármacos para la OP
7. Revisión y análisis del tratamiento para la OP de los pacientes de 40 a 65 años que no cumplen criterios (n=303)
5. Revisión y actualización del protocolo de OP de OMI-AP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

8. Análisis cuantitativo de fármacos para la OP en el sector

FORMACION

- Difusión por los EAPs del sector del proyecto.
- Sesiones clínicas difundiendo las GPC de OP basadas en la evidencia
- Educación para la salud: Reunión/sesión con pacientes con OP

INVESTIGACIÓN

- Elaboración de un estudio de investigación sobre la OP por parte de los miembros del proyecto

RECURSOS

- Soporte informático y ofimático
- Explotación del CM-Farmacia y OMI-AP

CAMBIOS PREVISTOS

- Conocimiento de la OP y sus factores de riesgo por parte de los profesionales del Sector
- Adquirir conocimientos, actitudes y aptitudes de los profesionales para mejorar la atención de estos pacientes
- Sensibilizar a la población y a los profesionales sobre el uso de la polifarmacia
- Mejorar la comunicación entre AE y la AP

INDICADORES

INDICADORES

1. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación (8%)
2. % de mujeres entre 45 y 65 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación (18%)
3. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis a las que se les ha valorado el índice FRAX en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)
4. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis a las que se les ha valorado la DMO en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)
5. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tengan valorado el rango de la DMO en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)
6. % de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis en el periodo de evaluación (<1.78%)
7. % de pacientes entre 40 y 85 años diagnosticados de OP y tratamiento prolongado de corticoides orales en el periodo de evaluación (<50%)

EVALUACIÓN:

Periodo de evaluación: Enero - Diciembre 2017

Estructura:

- Sesiones formativas, difusión de la GPC de la OP, participación, actividad del grupo del proyecto

Proceso:

- Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores

Resultado:

- Evaluación final y memoria del proyecto en enero 2019

DURACIÓN

I° TRIMESTRE

- Constitución del grupo de trabajo del proyecto
- Diseño del proceso

II° TRIMESTRE

- Difusión del proyecto
- Sesiones formativas
- Despliegue

III° TRIMESTRE

- Monitorización. Cortes de indicadores.

IV° TRIMESTRE

- Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados.
- Evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0337

1. TÍTULO

ELABORACION DE MANUAL DE IMPLANTACION DE PLAN DE INMERSION AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION (FIJO/TEMPORAL) EN SECRETARIAS DE PLANTAS Y A.PATOLOGICA EN EL SERVICIO DE ADMISION EN EL H.ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN ARTAL GOMEZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA ORERA MARIA SOL
LOPEZ GARCIA CONCEPCION
FORTEA GRAN SONIA
DORADO ALVARADO PURIFICACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
* ACTIVIDADES: RECOGIDA DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS MAS HABITUALES QUE REALIZA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LAS ENFERMERÍAS Y ANATOMIA PATOLÓGICA
* RECURSOS: BENCHMARKING CON LO QUE CONOCEMOS DE OTROS HOSPITALES
* DIFUSIÓN: DEL DOCUMENTO EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍAS Y ENTREGA A TODAS LAS NUEVAS INCORPORACIONES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
* SE HA ELABORADO UN PROCEDIMIENTO QUE ABARCA LA MAYOR PARTE DE LOS PROCESOS QUE EL PERSONAL ADMINISTRATIVO MANEJA EN SU DIA A DIA
* IMPACTO: REDUCCIÓN DE LA INCERTIDUMBRE Y LA VARIABILIDAD DE ACTUACIÓN ASÍ COMO LA DISMINUCION DEL TIEMPO DE APRENDIZAJE INICIAL DE LAS NUEVAS INCORPORACIONES, BIEN EXTERNAS O POR MOVILIDAD INTERNA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
* LA EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO ESCRITO Y ACTUALIZADO PERMITE LA MEJORA CONTINUA EN LA ATENCIÓN ADMINISTRATIVA, GARANTIZANDO UNOS ESTÁNDARES DE EFICACIA Y EFICIENCIA ADECUADOS.
* ES PRECISO Y ASÍ SE PROPONE, REVISAR EL PROCEDIMIENTO UNA VEZ AL AÑO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/337 ===== ***

Nº de registro: 0337

Título
ELABORACION DE MANUAL DE IMPLANTACION DE PLAN DE INMERSION AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION (FIJO/TEMPORAL) EN SECRETARIAS DE PLANTA Y ANATOMIA PATOLOGICA EN EL Sº DE ADMISION DEL HOSP. ERNEST LLUCH

Autores:
ARTAL GOMEZ MARIA CARMEN, GRACIA ORERA MARIA SOL, LOPEZ GARCIA CONCEPCION, FORTEA GRAN SONIA, DORADO ALVARADO PURIFICACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La elevada rotación por diversos motivos el personal temporal y las incorporaciones a través de OPES de personal fijo, provocan la incorporación de trabajadores fijos que pueden no tener experiencia alguna en el trabajo específico a desarrollar. Esto hace que exista un periodo más o menos largo de tiempo en que el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0337

1. TÍTULO

ELABORACION DE MANUAL DE IMPLANTACION DE PLAN DE INMERSION AL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION (FIJO/TEMPORAL) EN SECRETARIAS DE PLANTAS Y A.PATOLOGICA EN EL SERVICIO DE ADMISION EN EL H.ERNEST LLUCH

personal no puede desempeñar su trabajo con la máxima eficacia, provocando periodos más o menos largos de ineficiencia.

Hará posible la polivalencia del personal del Servicio de Admisión al disponer de un soporte, que facilite el desempeño puntual de esas funciones por los trabajadores adscritos a otras unidades de admisión.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar un manual en el que se expliciten la mayor parte de procesos y procedimientos que el personal administrativo debe manejar en su día a día, de manera que disponga de un soporte documental que complemente el acompañamiento de una compañera "veterana" mientras se le instruye en el nuevo puesto de trabajo, reduciendo su incertidumbre y tiempo de formación inicial.

MÉTODO

Recogida de los procesos y procedimientos más habituales que realiza el personal administrativo de esos servicios.

- .Hacer un benchmarking somero con lo que conocemos de otros centros del SALUD.
- .Conservar un documento que refleje la labor diaria del administrativo.
- .Difusión del documento en los Servicios y entrega a todas las nuevas incorporaciones.

INDICADORES

- Existencia física del manual en un formato sencillo y manejable para el profesional
- Disponibilidad del mismo en los Servicios.
- Entrega al 100% de las nuevas incorporaciones.
- Protocolo de revisión anual del mismo

DURACIÓN

- Primer y segundo trimestre 2018:
Recogida de bibliografía, mantenimiento de reuniones de equipo y elaboración de primer borrador de documento.
- Tercer trimestre 2018:
Emisión de documento definitivo, aprobación por comisión de dirección del centro y difusión en el hospital a través de intranet e impresión en todos los servicios.

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 - 2018/0557

1. TÍTULO

PROPORCIONAR A LOS PACIENTES AMBULATORIOS CON SOLICITUD ANALITICA DE GASOMETRIA SANGUINEA, LA POSIBILIDAD DE ELEGIR EL MODO DE EXTRACCION

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA MUÑOZ PEÑA
· Profesión BIOQUIMICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se informó a Atención Primaria y Atención Especializada a través de una nota informativa de las diferentes alternativas respecto al modo de extracción de las muestras de gasometrías en los pacientes ambulatorios a partir del 1 de mayo de 2018. Las indicaciones fueron las siguientes: "El laboratorio del hospital Ernest Lluch ofrece a los pacientes con peticiones analíticas procedentes de Atención Especializada de este mismo hospital y que precisen de extracción hospitalaria únicamente por la muestra de gasometría, la posibilidad de realizarse la extracción en su centro de salud de todas las muestras, excepto la gasometría. La extracción de la muestra de gasometría se llevará a cabo de forma urgente el mismo día de la consulta externa, debiéndose presentar el paciente en el laboratorio del hospital al menos 45 minutos antes de la hora de la citación médica". Además, cuando en el laboratorio se reciben las peticiones analíticas y las muestras sanguíneas de los pacientes que han optado por realizarse la extracción en el centro de salud (excepto la gasometría), se les localiza telefónicamente para comunicarles y cerciorarnos de que se presencian en el laboratorio el día de la consulta externa 45 minutos antes de ésta para la extracción de la muestra de gasometría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En esta primera memoria de seguimiento, el periodo evaluado es desde el 1 de mayo de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2018. En total se ha obtenido un 4.3% de falta muestra de gasometría (indicador), por lo tanto se ha logrado alcanzar el objetivo propuesto (<5%).

Los resultados mensuales obtenidos fueron los siguientes:

- Mayo: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 33 gasometrías, presenciándose únicamente un paciente (3%) sin resultados por falta de muestra; cumpliéndose así el objetivo propuesto.

- Junio: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 38 gasometrías, presenciándose dos pacientes (2.6%) sin resultados por falta de muestra. Por lo tanto, este mes se continua alcanzando el objetivo definido.

- Julio: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 34 gasometrías, presenciándose dos pacientes (5.9%) sin resultados por falta de muestra. Por lo tanto, este mes no se logró alcanzar el objetivo propuesto.

- Agosto: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 35 gasometrías, presenciándose cuatro pacientes (11.4%) sin resultados por falta de muestra. De nuevo, este mes no se logró alcanzar el objetivo propuesto.

- Septiembre: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 38 gasometrías, presenciándose un paciente (2.6%) sin resultados por falta de muestra. Este mes se logró alcanzar el objetivo propuesto.

- Octubre: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 39 gasometrías, presenciándose un paciente (2.6%) sin resultados por falta de muestra. De nuevo, este mes se alcanzó el objetivo propuesto.

- Noviembre: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 32 gasometrías, presenciándose dos pacientes (6.2%) sin resultados por falta de muestra. Este mes, no se logró alcanzar el objetivo propuesto.

- Diciembre: se solicitaron desde consultas externas del hospital Ernest Lluch un total de 34 gasometrías, presenciándose el total de pacientes con los resultados. Por lo tanto, se logró alcanzar el objetivo propuesto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con este proyecto de mejora se logra que prácticamente la totalidad de los pacientes acudan a la consulta externa con la petición analítica completa, evitando así segundas consultas por falta de pruebas complementarias necesarias para conseguir una atención sanitaria eficiente y eficaz. Además, se logra una mejora asistencia ya que a los pacientes se les brinda la oportunidad de elegir el modo de extracción de las muestras de gasometrías. No obstante, se volverá a informar del proyecto a Atención Primaria y Atención Especializada mediante el reenvío de la nota informativa para intentar lograr un mejor valor del indicador.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0557

1. TÍTULO

PROPORCIONAR A LOS PACIENTES AMBULATORIOS CON SOLICITUD ANALITICA DE GASOMETRIA SANGUINEA, LA POSIBILIDAD DE ELEGIR EL MODO DE EXTRACCION

*** ===== Resumen del proyecto 2018/557 ===== ***

Nº de registro: 0557

Título
PROPORCIONAR A LOS PACIENTES AMBULATORIOS CON SOLICITUD ANALITICA DE GASOMETRIA SANGUINEA, LA POSIBILIDAD DE ELEGIR EL MODO DE EXTRACCION

Autores:
MUÑOZ PEÑA CRISTINA, GONZALEZ TARANCON RICARDO, GARCIA ALVAREZ JOSE LUIS, MALO YAGÜE MARTA, PAJARES BERNAD ISABEL, ESCOBAR RAMON MARIA JESUS, ARTOS LABORDA MARIA DE LOS ANGELES, ETABOUDI SAMIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Diversas patologías
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ha considerado llevar a cabo este proyecto al detectar la falta de muestras de gasometrías de peticiones de Atención Especializada, cuya extracción del resto de muestras se había realizado en Atención Primaria. Para realizar una correcta interpretación de los resultados de gases sanguíneos, la extracción de la muestra no puede ser ambulatoria sino hospitalaria; por ello, ante la solicitud de gasometría arterial y/o jeringa venosa deberá remitirse al paciente al hospital para realizar la extracción. Esta situación implica que los pacientes tengan que desplazarse en dos ocasiones al hospital, el día de la extracción y el día de la consulta. Teniendo en cuenta que el análisis de gases debe realizarse inmediatamente a la extracción, y los resultados están disponibles en apenas 15 minutos; consideramos oportuno ofertar a los pacientes la posibilidad de realizar una primera extracción en su centro de salud de todas las muestras excepto la de la gasometría, la cual se llevará a cabo en el laboratorio del hospital el mismo día de la consulta externa. Con este modo de actuación, el paciente tendrá que desplazarse al hospital una única vez, enorme ventaja principalmente para la población anciana, la cual es mayoritaria en las solicitudes de gasometrías. El posible inconveniente es que serán precisas dos punciones; por ello, el paciente que así lo desee, podrá continuar yendo al hospital, días previos a la consulta, para la extracción de todas las muestras en una única punción.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal del proyecto es garantizar que todos los pacientes de Atención Especializada con solicitud de gasometría sanguínea, se presencien en consulta con los correspondientes resultados. Además, este objetivo principal se conseguirá a través de una mejora asistencial, al ser los propios pacientes quienes eligen, según sus requerimientos, el modo de extracción de la muestra de gasometría.

MÉTODO

Para lograr los objetivos previstos, el laboratorio ha contactado con los facultativos especialistas de las diferentes especialidades para informar del propósito de la mejora asistencial, acordándose que será preciso la solicitud de los diferentes parámetros determinados en la muestra de gasometría sanguínea en una petición distinta al resto de parámetros que se desee evaluar. Además, se informará a Atención Primaria y Atención Especializada a través de una nota informativa de las siguientes indicaciones: "El laboratorio del hospital Ernest Lluch ofrece a los pacientes con peticiones analíticas procedentes de Atención Especializada de este mismo hospital y que precisen de extracción hospitalaria únicamente por la muestra de gasometría, la posibilidad de realizarse la extracción en su centro de salud de todas las muestras, excepto la gasometría. La extracción de la muestra de gasometría se llevará a cabo de forma urgente el mismo día de la consulta externa, debiéndose presentar el paciente en el laboratorio del hospital al menos 45 minutos antes de la hora de la citación médica".

INDICADORES

El indicador para monitorizar el proyecto será "Falta muestra de gasometría". Se contabilizarán y evaluarán mensualmente las muestras de gasometrías procedentes de Atención Especializada que no son extraídas. Se fija como estándar un valor < 5%.

DURACIÓN

Las actividades previstas para conseguir una mejora asistencial y obtener el menos número posible de "falta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0557

1. TÍTULO

PROPORCIONAR A LOS PACIENTES AMBULATORIOS CON SOLICITUD ANALITICA DE GASOMETRIA SANGUINEA, LA POSIBILIDAD DE ELEGIR EL MODO DE EXTRACCION

muestra de gasometría" de Atención Especializada, serán implantadas por el Responsable de Calidad del laboratorio y por el facultativo especialista responsable de las gasometrías sanguíneas. La fecha prevista para el inicio del proyecto será el 1 de mayo de 2018, siendo indefinida la aplicación de las actividades, siempre y cuando no aparezcan inconvenientes una vez iniciado el desarrollo del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0558

1. TÍTULO

ORGANIZACION DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA ESTEVE ALCALDE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MAÑAS MARTINEZ ANA BELEN
GONZALEZ TARANCON RICARDO
AINA MARTINEZ MARIA ANTONIA
SANCHEZ REMACHA BLANCA
SANZ FOIX PERFECTA
GARCIA ALVAREZ JOSE LUIS
RAMO ORTIZ MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realizamos una reunión entre el Laboratorio y la Unidad de Endocrinología en la que se acordó las pruebas funcionales que se iban a incluir en el Protocolo de Pruebas Funcionales del Hospital Ernest Lluch, en concreto 25.

Se ha elaborado el Protocolo de Pruebas Funcionales del Hospital Ernest Lluch en el que se detallan aspectos de organización (lugar de realización, citación, consentimiento informado, equipos,..), el procedimiento de toma de muestra y la explicación detallada de la prueba funcional (tipo de muestras, pruebas a determinar, estímulo, condiciones preanalíticas, procedimiento, condiciones de conservación de las muestras, y las condiciones de conservación y manipulación de la medicación).

Se han preparado los consentimientos informados para cada una de las pruebas funcionales descritas.

Se ha enviado a la Comisión de Calidad el procedimiento para su aprobación y codificación.

Se ha cursado al Comité de Ética del Sector Calatayud la solicitud de aprobación de los consentimientos informados.

El registro de enfermería está pendiente de aprobación por la Comisión de historias.

No se ha realizado la presentación del protocolo al sector porque está en proceso de aprobación y codificación.

Hasta ahora se ha cumplido el calendario previsto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como el proyecto está pendiente de implantación no se han recogido todavía indicadores que informen del impacto de la implantación de este protocolo.

El nuevo espacio habilitado en el Hospital Ernest Lluch para la realización de estas pruebas cumple los requisitos para asegurar la comodidad, privacidad y seguridad del paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La elaboración del protocolo nos ha permitido revisar en profundidad la organización y la metodología de las pruebas funcionales, lo cual va a permitir la estandarización en su realización.

El paciente recibirá información adecuada acerca de la prueba funcional mediante instrucciones escritas, para así asegurar su correcta preparación para el procedimiento .

7. OBSERVACIONES.

GARCIA ALVAREZ JOSE LUIS ya no es personal del SALUD. Me gustaría saber si podemos incluir a un nuevo componente en su lugar.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/558 ===== ***

Nº de registro: 0558

Título
ORGANIZACION DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
ESTEVE ALCALDE PATRICIA, MAÑAS MARTINEZ ANA BELEN, GONZALEZ TARANCON RICARDO, AINA MARTINEZ MARIA ANTONIA, SANCHEZ REMACHA BLANCA, SANZ FOIX PERFECTA, GARCIA ALVAREZ JOSE LUIS, RAMO ORTIZ MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0558

1. TÍTULO

ORGANIZACION DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Seguridad del Paciente

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Laboratorio de Análisis Clínicos del Hospital Ernest Lluch gestiona la realización de las pruebas funcionales endocrinas, pero no se dispone de un procedimiento que recoja los protocolos de las principales pruebas dinámicas.

La elaboración de un documento consensado entre el Laboratorio y la Unidad de Endocrinología de nuestro hospital facilitará el desarrollo adecuado, sistematizado y estandarizado de las pruebas funcionales endocrinológicas. Entre los puntos a definir en el procedimiento destacar el consentimiento informado o información que se le proporciona al paciente acerca de la prueba, ya que con su implementación garantizaremos que el paciente reciba la información adecuada para valorar la conveniencia de someterse a las intervenciones asistenciales que se le proponen.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es desarrollar un protocolo para la realización y gestión de las pruebas funcionales endocrinológicas realizadas en el Laboratorio del Hospital Ernest Lluch con el fin de mejorar la calidad del proceso y aumentar la seguridad del paciente.
Entre los objetivos secundarios estarían:

- exponer en un documento normalizado los protocolos de las principales pruebas funcionales realizadas en el Laboratorio
- proporcionar información completa sobre las pruebas dinámicas que se realizan en nuestro laboratorio para conseguir una mejor utilización del laboratorio clínico
- lograr una mejor comunicación con los pacientes
- reflejar en un documento oficial la autorización del paciente para someterse al procedimiento diagnóstico

MÉTODO

- Reunión inicial entre el Laboratorio y la Unidad de Endocrinología para definir las pruebas funcionales a incluir en el protocolo.
- Elaborar un documento que incluya el fundamento de la prueba, el procedimiento y sus limitaciones.
- Preparar un formulario de información y consentimiento informado para cada prueba funcional recogida en el procedimiento.
- Presentar el Protocolo de Organización de las Pruebas Funcionales en la Unidad de Calidad del Sector.
- Presentar en la Comisión de Historias los modelos de consentimientos informados para su inclusión como documento de la historia clínica.
- Sesión formativa al personal de enfermería del Laboratorio.

INDICADORES

1. Número de pruebas funcionales solicitadas no incluidas en el protocolo
2. Número de pacientes que no presentan el CI en el momento de la extracción
3. Número de pacientes que acuden a realizarse la prueba con preparación insuficiente
4. Problemas en la toma de muestra (no extracción de muestra en el tiempo X de la prueba, no finalización de la prueba por indisposición del paciente,...)

DURACIÓN

- Definir las pruebas funcionales a incluir en el protocolo: segundo trimestre de 2018
- Elaboración del procedimiento de pruebas funcionales: tercer y cuarto trimestre de 2018
- Elaboración del consentimiento informado: tercer y cuarto trimestre de 2018
- Revisión, aprobación y difusión en el Sector: Primer trimestre de 2019
- Recogida de indicadores y seguimiento: mensualmente desde su implantación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0332

1. TÍTULO

PREPARACION PACK DE MEDICACION NECESARIA PARA HEMORRAGIA MASIVA PERIOPERATORIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE LAURA CARNICERO GIMENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALONSO SALAS REBECA
ORTIZ ENCISO MARTA
JUDEZ LEGARISTI DIEGO
PEREZ PASCUAL LETICIA
MOLODEZKY HORTT MAURICIO ALEJANDRO
URIARTE PINTO MOISES
JIMENEZ IHUAR BEN CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron entrevistas con los miembros de anestesia así como supervisora de quirófano y farmacéutico del hospital para decidir los fármacos que debían integrar nuestro pack de Hemorragia Masiva(HM), revisando protocolos de sociedades científicas a nivel nacional y regional. Se decidió incorporar aquellos fármacos que pudieran ser decisivos para evitar o tratar si ya existe una coagulopatía por sangrado. Pese a ser fármacos restringidos consideramos que debían de estar en un lugar cercano a la zona quirúrgica pues la demora en la administración de estos pudiera llegar a ser letal en un caso de HM. Por todo ello, se decidió crear y almacenar el pack de HM en la nevera de la Unidad de Reanimación Post- Anestésica como zona común a todos los quirófanos.

Ete pack está formado por una nevera con dos viales de complejo protrombínico de 500 UI cada uno, Factor VIIr del,2, y 5 mg, 2 gr de fibrinógeno, 3 viales de ácido tranexámico de 500 mg y 2 viales de vitamina K. Se adjuntó al pack un documento con los objetivos en la reanimación de un paciente con HM y dosificación de estos fármacos en un paciente adulto con peso estándar. En bloque obstétrico se adjuntó al carro de anestesia una copia del Protocolo para el manejo de la hemorragia postparto del grupo de trabajo Interdisciplinario de Aragón. Se informó por parte de la Supervisora de quirófano al personal de enfermería que tendría que preparar y administrar los fármacos del contenido y lugar de conservación del pack de HM. Se han llevado a cabo a lo largo del año las revisiones mensuales de caducidades y estado de los fármacos por parte del personal de enfermería de quirófano.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Una vez realizado el pack e informados los profesionales implicados en la utilización de este, se proceden a revisar nuestros objetivos principales para la comprobación de su cumplimiento. Durante el año 2018 se ha hecho uso de este pack de HM en 4 ocasiones, en concreto 2 hemorragias obstétricas, 1 politraumatizado y 1 sangrado postquirúrgico. Tras el uso del pack se preguntó al anestesista mediante entrevista si consideraba realmente una mejora y un ahorro de tiempo para el tratamiento de la HM siendo el resultado satisfactorio en todas las ocasiones y valorándolo como realmente útil.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La HM continua hoy en día teniendo una elevada morbimortalidad en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos y obstétricos. El diagnóstico y el tratamiento precoz son fundamentales para evitar y disminuir la morbimortalidad. En un caso de HM se precisa un abordaje multidisciplinar por parte de todos los profesionales implicados tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la hemorragia grave. En el caso de nuestro hospital con recursos materiales y personales limitados el retraso en la administración de productos sanguíneos o fármacos en el tratamiento de la HM puede llegar a ser vital. Es por esto por lo que se debe de facilitar al equipo quirúrgico todas las herramientas posibles para conseguir controlar la hemorragia. Con la realización de este pack, dentro de nuestras posibilidades, consideramos contribuimos a la mejora en el tratamiento del paciente hemorrágico quirúrgico en este hospital comarcal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/332 ===== ***

Nº de registro: 0332

Título
PREPARACION PACK DE MEDICACION NECESARIA PARA HEMORRAGIA MASIVA PERIOPERATORIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0332

1. TÍTULO

PREPARACION PACK DE MEDICACION NECESARIA PARA HEMORRAGIA MASIVA PERIOPERATORIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
CARNICERO GIMENO LAURA, ALONSO SALAS REBECA, ORTIZ ENCISO MARTA, JUDEZ LEGARISTI DIEGO, PEREZ PASCUAL LETICIA, MOLODEZKY HORTT MAURICIO ALEJANDRO, URIARTE PINTO MOISES, JIMENEZ IHUARBEN CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: hemorragia perioperatoria
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La hemorragia masiva (HM), continúa teniendo una elevada morbimortalidad en los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos y obstétricos. Para mejorar los resultados y disminuir la morbimortalidad relacionada con la HM son imprescindibles un diagnóstico y tratamiento precoz lo que requiere una rápida respuesta por parte del equipo multidisciplinar (anestesiólogos, cirujanos y enfermería) que participen en el proceso. Dentro de las principales causa de mortalidad en la hemorragia masiva perioperatoria está el retraso en la administración de medidas y fármacos para el control de la hemorragia. Son numerosas sociedades(SEDAR, ESA; SEMICYUC,etc...) las que recomiendan la necesidad de implantación y estandarización de protocolos de hemorragia masiva dentro de los cuales se incluyen además del rápido control del sangrado y la rápida administración de componentes sanguíneos (concentrados de hemáties, plasma fresco congelado y plaquetas), la admisnitración de otra serie de fármacos que puedan ayudar al control del sangrado y reducir la coagulapatía.
En hospitales con recursos humanos limitados como el nuestro la rápida actuación puede verse demorada lo que supone un aumento de riesgo para el paciente en shock hemorrágico. Es por ello por lo que consideramos fundamental la optimización de los recursos en esa situación crítica.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar en un único lugar de almacenamiento todos los fármacos que pudieran ser precisos en el tratamiento de una hemorragia masiva.
- Disminuir el tiempo de demora de administración de estos fármacos ante una situación vital.
- Disminuir el tiempo de búsqueda de fármacos invertido por la persona encargada en proporcionar estos medicamentos al anestesiólogo y poder así estar disponible con la mayor brevedad posible para otras funciones requeridas en esta situación vital.

MÉTODO

- 1.Se realizarán entrevistas-reuniones con los miembros del servicio de Anestesia del hospital, así como con Supervisora de quirófano y responsable de Farmacia del citado hospital para decisión:
 - Fármacos imprescindibles en el PACK DE HEMORRAGIA MASIVA.
 - Lugar más idóneo de almacenamiento.
2. Se procederá a la realización del Pack con los medicamentos consensuados.
- 3.Una vez formalizado el PACK se procederá a la difusión de la información por parte de la Supervisora de quirófano a todo el personal de quirófano.
4. Revisión periódica de los fármacos: caducidades, estado, etc por parte de enfermería.

INDICADORES

- Uso del pack ante una situación de hemorragia dentro de quirófano: SI o NO.
- Valoración por parte del profesional que haya usado el pack de HM mediante entrevista por cualquier miembro del proyecto. En esta entrevista se registrará si realmente considera una mejora la unificación de todos los fármacos en un pack y si cree que ha disminuído el tiempo de demora en la administración de estos productos contribuyendo así a la disminución de las complicaciones de una hemorragia.
- Evaluación mensual del estado y caducidades de los fármacos constituyentes del pack.

DURACIÓN

Consensuación sobre fármacos necesarios en el pack: próximas semanas.
Realización del pack de HM: tan pronto como se hayan decidido los elementos que lo constituirán.
Seguimiento del estado de los fármacos del pack: mensualmente.

La duración del proyecto será indefinida si tras la evaluación se considerara una mejora de actuación ante hemorragia masiva.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0332

1. TÍTULO

PREPARACION PACK DE MEDICACION NECESARIA PARA HEMORRAGIA MASIVA PERIOPERATORIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

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 - 2018/1207

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA

Fecha de entrada: 17/01/2019

2. RESPONSABLE MARTA ORTIZ ENCISO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARNICERO GIMENO LAURA
ALONSO SALAS REBECA
MOLODEZKY HORTT MAURICIO ALEJANDRO
JUDEZ LEGARISTI DIEGO
PEREZ PASCUAL LETICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reunión de miembros del grupo de mejora para realizar el protocolo de acuerdo a las guías de las diferentes sociedades anestésicas
- Sesión general del Hospital para informar a los diferentes servicios quirúrgicos del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Debido al cambio durante el pasado ejercicio de la mayoría de las plantillas de facultativos de nuestro hospital, el proyecto fue aceptado y recibido con interés, pero ha quedado de momento pendiente de ejecución.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La opción de disminuir el número de pruebas solicitadas en el preoperatorio ha sido recibida con interés por los servicios quirúrgicos, radiología, cardiología y laboratorio; por lo que continuaremos con el proyecto para llevarlo a cabo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1207 ===== ***

Nº de registro: 1207

Título
OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA

Autores:
ORTIZ ENCISO MARTA, CARNICERO GIMENO LAURA, ALONSO SALAS REBECA, MOLODEZKY HORTT MAURICIO ALEJANDRO, JUDEZ LEGARISTI DIEGO, PEREZ PASCUAL LETICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La generalización del protocolo preoperatorio para todos los pacientes conlleva la realización innecesaria de muchas pruebas complementarias.
Es necesaria la elaboración de un protocolo de solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio, de acuerdo a los protocolos de la Sociedad Española de Anestesiología, adecuado a la edad y comorbilidad el paciente programado para cirugía electiva, con el consiguiente ahorro de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS
-Disminuir la solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio.
-Alivio de la sobrecarga de los servicios de Cardiología, Laboratorio y Radiología, disminuyendo la lista de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1207

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA

espera de estas pruebas, del servicio que los realiza y de los facultativos que los informan.
-Disminuir la yatrogenia sobre el paciente, disminuyendo la realización de pruebas radiológicas innecesarias.

MÉTODO

- Elaboración del protocolo por los miembros del servicio de Anestesiología, de acuerdo a la edad, comorbilidad del paciente tipo de cirugía programada.
- Puesta en común con los responsables de los distintos servicios quirúrgicos del hospital.
- Difusión de manera gráfica y sencilla para facilitar la adherencia al protocolo por los distintos servicios quirúrgicos del hospital.

INDICADORES

- % de disminución del tiempo de espera para la realización de pruebas radiológicas, electrocardiograma y laboratorio.
- % de disminución del número de pruebas solicitadas respecto al ejercicio actual.

DURACIÓN

Junio 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 - 2018/1207

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA

Fecha de entrada: 28/02/2020

2. RESPONSABLE MARTA ORTIZ ENCISO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARNICERO GIMENO LAURA
ALONSO SALAS REBECA
MOLODEZKY HORTT MAURICIO ALEJANDRO
JUDEZ LEGARISTI DIEGO
PEREZ PASCUAL LETICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró un protocolo consensuado entre los miembros del Servicio de Anestesiología de acuerdo a las recomendaciones que prescribe la Sociedad Española de Anestesiología. Dicho protocolo se comunicó a los responsables de los diferentes servicios quirúrgicos, y se difundió a sus diferentes miembros; siendo la adherencia a él de mayor relevancia en los servicios de Oftalmología y Ginecología. Se incluyeron como pacientes diana aquellos menores de 45 años para la no realización de electrocardiograma; y los menores de 60 años para la no realización de radiografía de tórax, además de todos los pacientes de Oftalmología, a los cuales no se les realizó la radiografía sin discriminación de edad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se contabilizaron los pacientes visitados en la consulta de Anestesia durante los periodos de 2018 y 2019, siendo unas cifras muy similares. Se calculó la tasa de electrocardiogramas realizados en pacientes menores de 45 años de edad en ambos periodos, contabilizando el número de pacientes visitados de esa franja de edad y el número de pruebas realizadas a los mismos, obteniendo una reducción del 30,4% en el año 2019 respecto al año anterior. Se calculó la tasa de radiografías de tórax realizadas en pacientes menores de 60 años de edad en los años 2018 y 2019, obteniendo una reducción de unas 200 pruebas menos, lo que supone una disminución del 27,4% respecto al año 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La aplicación de un protocolo sencillo nos ha aportado la reducción de la realización de pruebas no necesarias, lo que disminuye los tiempos de espera para estas pruebas para otros pacientes, disminuye la sobrecarga de trabajo al servicio de radiología, resulta una disminución del coste económico del proceso preoperatorio; y lo que es más importante, reduce la yatrogenia sobre el paciente evitando pruebas innecesarias. Queda pendiente la aplicación generalizada de este proyecto a todos los servicios quirúrgicos del hospital, y su difusión de manera gráfica sencilla para que pueda estar al alcance de todo el personal. En un futuro, podemos valorar su aplicación en caso de cirugías urgentes según tipo de pacientes. Se trata de un proyecto que debe seguir siendo aplicado en el tiempo por los beneficios que aporta, y que debe quedar integrado en el circuito del paciente quirúrgico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1207 ===== ***

Nº de registro: 1207

Título
OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA

Autores:
ORTIZ ENCISO MARTA, CARNICERO GIMENO LAURA, ALONSO SALAS REBECA, MOLODEZKY HORTT MAURICIO ALEJANDRO, JUDEZ LEGARISTI DIEGO, PEREZ PASCUAL LETICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1207

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología quirúrgica
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La generalización del protocolo preoperatorio para todos los pacientes conlleva la realización innecesaria de muchas pruebas complementarias.
Es necesaria la elaboración de un protocolo de solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio, de acuerdo a los protocolos de la Sociedad Española de Anestesiología, adecuado a la edad y comorbilidad el paciente programado para cirugía electiva, con el consiguiente ahorro de recursos.

RESULTADOS ESPERADOS

-Disminuir la solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio.
-Alivio de la sobrecarga de los servicios de Cardiología, Laboratorio y Radiología, disminuyendo la lista de espera de estas pruebas, del servicio que los realiza y de los facultativos que los informan.
-Disminuir la yatrogenia sobre el paciente, disminuyendo la realización de pruebas radiológicas innecesarias.

MÉTODO

- Elaboración del protocolo por los miembros del servicio de Anestesiología, de acuerdo a la edad, comorbilidad del paciente tipo de cirugía programada.
- Puesta en común con los responsables de los distintos servicios quirúrgicos del hospital.
- Difusión de manera gráfica y sencilla para facilitar la adherencia al protocolo por los distintos servicios quirúrgicos del hospital.

INDICADORES

- % de disminución del tiempo de espera para la realización de pruebas radiológicas, electrocardiograma y laboratorio.
- % de disminución del número de pruebas solicitadas respecto al ejercicio actual.

DURACIÓN

Junio 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 - 2018/0010

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE PRUEBAS ESPECIALES DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE ANGEL ALQUEZAR GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA CABALLERO MARIA CARMEN
MARCEN MIRAVETE ANA
ALAMEDA SERRANO JAVIER
RODRIGO BLASCO MARIA PILAR
RICOTE MOROS ANA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

PRIMER TRIMESTRE de 2018: Actualización en las diversas pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que se realizan en la unidad de Cardiología del Hospital Ernest Lluch con la búsqueda bibliográfica en las diversas revistas biomédicas y protocolos de unidades de Cardiología de diferentes centros hospitalarios de España.

También se realizaron entrevistas con los profesionales de enfermería/personal médico de la unidad para comprobar por qué no se realizan registros de enfermería y cuáles serían los antecedentes personales y médicos que son necesario obtener del paciente, así como la información que es necesaria registrar durante la consecución de la prueba diagnóstica y/o terapéutica. A partir de esto se elaboran 3 borradores diferentes para la realización y registro de enfermería en pruebas de ecografía de estrés farmacológico, pruebas de ecografía transesofágica y cardioversiones eléctricas.

SEGUNDO TRIMESTRE de 2018: Se realizan todas las modificaciones pertinentes de las hojas de registro de enfermería, creando unos documentos adecuados que son sencillos y rápidos de cumplimentar, con los cuales se facilita al personal la consecución de los cuidados de enfermería a partir de los datos recabados en las entrevistas y búsqueda bibliográfica.

Dichos documentos se presentan para la aprobación por la comisión de historias clínicas y continuidad documental del centro hospitalario.

En este trimestre son aprobadas, se da a conocer a todos los miembros de la unidad mediante una reunión de equipo y se procede a la implantación de las hojas de enfermería en las pruebas de Cardiología.

TERCER TRIMESTRE de 2018: Se siguen utilizando las hojas de registro de enfermería en todas las pruebas especiales que se realizan en la unidad. Reunión de enfermería para resolver dudas.

CUARTO TRIMESTRE de 2018: Se analizan 25 historias de la totalidad de pruebas especiales realizadas en la unidad para la obtención de resultados. Tras ello, se dan a conocer a todos los miembros del equipo y al centro hospitalario.

En la consecución de este proyecto los únicos recursos utilizados son el tiempo material invertido por personal sanitario de la unidad y las copias de los documentos que se adjuntan a cada historia clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha tenido en cuenta el indicador: nº de pacientes observados con registros de enfermería debidamente cumplimentados en su historia clínica / nº de pacientes a los que se les ha realizado pruebas especiales de cardiología tras la implantación de las hojas de enfermería x 100. Por lo que este indicador asciende a 25/25 x 100 = 100%.

Desde que se implantan las hojas de registro hasta finales del año 2018 se realizaron en el servicio de pruebas especiales de cardiología 28 estudios (entre pruebas de ecografía de estrés farmacológico, pruebas de ecografía transesofágica y cardioversiones eléctricas) y de ellas, se analizan 25 historias de diferentes pacientes al azar, estando en todas ellas las hojas de registro de enfermería de la prueba realizada correctamente cumplimentada y archivada.

Con estas hojas de enfermería se ha conseguido estandarizar los cuidados de enfermería en el servicio de pruebas especiales de cardiología del hospital Ernest Lluch, ya que son unas hojas de registro que van guiando al personal para la consecución de los cuidados que son necesarios para estos pacientes.

También en la reunión de enfermería tras la utilización de dicho registro, el 100% del personal de enfermería coincide que facilitan mucho la labor de este colectivo en la realización de estos estudios y a la vez permite un registro de todo lo que se realiza en ellos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han realizado unas hojas de enfermería que nos han permitido:

Tener información relevante del paciente para la realización de la prueba diagnóstica y/o terapéutica.

Crear unos registros sencillos y rápidos de cumplimentar y que permitan la recogida de datos de manera objetiva por el profesional de enfermería, siendo éstos, fáciles de interpretar por otros profesionales.

Percibir con facilidad los hallazgos más relevantes del estado actual del paciente.

Documentar de manera precisa los pasos que se han seguido en todo el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico, de manera que cualquier integrante del equipo pudiera realizar las pruebas siguiendo los pasos de estas hojas por lo que se ha conseguido estandarizar los cuidados de enfermería en estas situaciones.

Convendría seguir utilizando estas hojas de registro ya que ha habido una mejora y estandarización en la atención presentada los pacientes, ya que estas hojas fueron creadas pensando en todas las necesidades que pudieran tener estos pacientes durante la consecución del procedimiento.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0010

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE PRUEBAS ESPECIALES DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

*** ===== Resumen del proyecto 2018/10 ===== ***

Nº de registro: 0010

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE PRUEBAS ESPECIALES DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
ALQUEZAR GARCIA JOSE ANGEL, GRACIA CABALLERO MARIA CARMEN, MARCEN MIRAVETE ANA, ALAMEDA SERRANO JAVIER, RODRIGO BLASCO MARIA PILAR, RICOTE MOROS ANA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la calidad asistencial y seguridad del paciente con los registros de los cuidados de enfermería.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad los registros de enfermería tienen una gran importancia en el expediente clínico. Entiéndase por registro de enfermería los documentos específicos que forman parte de la historia clínica, en los cuales se describe cronológicamente la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado, a la familia y la comunidad. Un buen registro de enfermería constituye un instrumento esencial para obtener la información necesaria del paciente y permite aplicar unos cuidados enfermeros de calidad. A su vez, son documentos legales y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial y personal o bien para defendernos ante una acción legal. Debido a su inexistencia actualmente y por lo expuesto anteriormente, es necesario elaborar unos registros enfermeros para las diversas pruebas realizadas en la unidad de Cardiología y cubrir la necesidad detectada por parte de los profesionales, de adquirir información del paciente que es necesaria para la realización de éstas. Serán documentos oficiales del hospital donde se registrará la evolución y los cuidados administrados al paciente durante el desarrollo de la prueba.

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaborar unos registros de enfermería que nos permitan tener información relevante del paciente para la realización de la prueba diagnóstica y/o terapéutica, que sean sencillos y rápidos de cumplimentar y que permitan la recogida de datos de manera objetiva por el profesional de enfermería, siendo éstos, fáciles de interpretar por otros profesionales.
- Documentar de manera precisa los pasos que se han seguido en todo el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico.
- Estandarizar los cuidados de enfermería en estas situaciones

MÉTODO

- 1) Actualización en las diversas pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que se realizan en la unidad de Cardiología del Hospital Ernest Lluch con la búsqueda bibliográfica en las diversas revistas biomédicas y protocolos de unidades de Cardiología de diferentes centros hospitalarios de España.
- 2) Entrevistas con los profesionales de enfermería del servicio para comprobar por qué no se realizan registros de enfermería.
- 3) Entrevistas con el equipo de la unidad de Cardiología para valorar los antecedentes personales y médicos que son necesario obtener del paciente, así como la información que es necesaria registrar durante la consecución de la prueba diagnóstica y/o terapéutica.
- 4) Elaboración de hojas de registro adecuadas para las diferentes pruebas que sean sencillas y rápidas de cumplimentar, con las cuales se facilite al personal la consecución de los cuidados de enfermería a partir de los datos recabados en las entrevistas y búsqueda bibliográfica.
- 5) Aprobación de las nuevas hojas de registro de enfermería por la Comisión de Historias Clínica y Continuidad Documental del centro hospitalario y Calidad Asistencia..
- 6) Implantación de hojas de enfermería en las pruebas de Cardiología.
- 7) Presentación de los nuevos registros a todo el personal del servicio de Cardiología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0010

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE PRUEBAS ESPECIALES DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

8) Presentación de resultados posteriores a los profesionales de la Unidad de Cardiología y a la dirección del centro hospitalario tras evaluación de muestra de historias aleatorias de pacientes a los cuales se les ha realizado algún tipo de prueba especial en el servicio de Cardiología.

INDICADORES

Indicador 1:

Numerador: nº pacientes con registros de enfermería realizados correctamente que se encuentran en su historia clínica.

Denominador: nº de pacientes a los que se les realizan pruebas especiales en cardiología tras la implantación de las hojas de registro de enfermería. Y el resultado de esto por 100.

Estandar: 95-100%

Observaciones: Muestra aleatoria de 25 historias.

Indicador 2:

Entrevista con los profesionales de enfermería para valorar si facilita el trabajo a este profesional y si se estandarizan los cuidados de enfermería aplicados durante las pruebas.

DURACIÓN

Primer Trimestre de 2018: Se realiza búsqueda bibliográfica.

Reuniones con todos los integrantes del equipo de cardiología.

Se realiza primer borrador de Hoja de registro de enfermería.

Segundo Trimestre: Se realiza segundo borrador de la Hoja de registro de enfermería con las modificaciones pertinentes y se presenta a la comisión de historias clínicas y continuidad documental del centro hospitalario.

Se aprueba el uso del nuevo registro, se da a conocer al personal de Cardiología y se implanta.

Tercer trimestre: Se sigue utilizando el nuevo registro.

Cuarto trimestre: Se analiza una muestra al azar de historias clínicas y se adquieren los resultados. Tras ello, se dan a conocer a todo el equipo y al centro hospitalario.

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 - 2018/0188

1. TÍTULO

UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC): TRATAMIENTO DE CORTA ESTANCIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE JAVIER ALAMEDA SERRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO
VALLEJO RODRIGUEZ MARIA DEL CARMEN
MARTIN FORTEA PILAR
LAMBAN IBOR ELENA
PALACIN LARROY MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde 2017 se trató de iniciar la implementación de una forma de trabajo en el área de Cardiología en la que la Insuficiencia Cardiaca dispusiera de un papel relevante. Se estableció un circuito en el que el paciente al que se le detectaba Insuficiencia Cardiaca Avanzada, y que era tributario de tratamientos farmacológicos más agresivos, se sometía a ingresos programados. Estos ingresos programados buscaban mejorar la calidad de vida de los pacientes, así como disminuir la asistencia en Urgencias por episodios de Insuficiencia Cardiaca Aguda. De este modo, los pacientes disminuirían sus visitas al servicio de Urgencias y mejorarían su clase funcional. Durante años la Insuficiencia Cardiaca ha sido un talón de Aquiles para la Cardiología; es por ello por lo que debemos detectar cuales son los pacientes con mayor fragilidad dentro de esta patología y aportarles todas las medidas terapéuticas para su mejoría clínica, subjetiva y objetiva.

El proceso seguido ha estado vigente a lo largo de todo el año 2018, continuando en la actualidad. Los pacientes con sospecha de Insuficiencia Cardiaca eran remitidos como habitualmente a la consulta de Cardiología. Desde allí, o desde un ingreso motivado por un cuadro agudo de Insuficiencia Cardiaca, el paciente era filiado en cuanto a su patología e iniciado el tratamiento. Aquellos pacientes más frágiles, con presiones pulmonares más elevadas y con mayor necesidad de optimización de tratamiento, eran ingresados de forma programada en la Unidad de Cuidados Especiales (UCE). Con estos ingresos programados de corta estancia se busca mejorar el estado del paciente mediante tratamientos intravenosos con diurético a dosis elevada, inotropos como el levosimendan (que nos ayuda a mejorar las cifras de presión pulmonar)... Estos ingresos programados en la Unidad de Insuficiencia Cardiaca del Hospital Ernest Lluch se llevaban a cabo de lunes a jueves, siempre días en los que la presencia de Cardiólogo le aseguraba un manejo óptimo. Ocasionalmente los ingresos programados se realizaban en viernes por estar de guardia el Cardiólogo y poder ser dado de alta el sábado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A tener en cuenta que se trata de un hospital de menor tamaño en la Comunidad Autónoma; por ello, pocos pacientes son tributarios de manejo en dicha Unidad de Insuficiencia Cardiaca por tratarse de una patología grave, avanzada, en un hospital comarcal (menor población que en un hospital de tercer nivel).

Los resultados del periodo estimado del 1 de Enero de 2018 al 31 de Diciembre de 2018 fueron los siguientes:

-Fueron tratados 5 pacientes en dicha Unidad.

-Uno de los pacientes mejoró significativamente su clase funcional, pasando de grado III a grado I, desapareciendo la hipertensión pulmonar, y pudiendo ser candidato a Trasplante Cardíaco. En dicho caso, también se derivó a un hospital de tercer nivel para el implante de un desfibrilador resincronizador como optimización del tratamiento (ya que dicha terapia no puede ser ofrecida en un hospital comarcal).

-Otra paciente tratada presenta una patología valvular irreversible, cuestión que le hacía visitar el servicio de Urgencias cada 15 días. En ella se consiguió pasar varios meses sin ser atendida en Urgencias dada la optimización del tratamiento hasta donde su patología lo permite.

-El resto de paciente fue optimizado de cara a mejoría de su clase funcional o previo a una Cirugía Cardiaca.

-De manera indirecta podemos ver los resultados de una mejor gestión de la Insuficiencia Cardiaca en el área de Calatayud. El manejo holístico y multidisciplinar (Cardiología, Medicina Interna, Urgencias), ayudados por la Unidad de Insuficiencia Cardiaca Avanzada, ha conseguido una reducción de los ingresos por Insuficiencia Cardiaca y su estancia media hospitalaria. Los datos disponibles a fecha Febrero de 2019 no comprenden el último trimestre de 2018, puesto que los datos del último trimestre del año se analizan en marzo del año siguiente. Es por ello por lo que haremos las comparaciones teniendo en cuenta los datos de un año completo (de Octubre 2016 a Septiembre 2017, donde no se encontraba vigente de manera óptima la Unidad de Insuficiencia Cardiaca Avanzada; de Octubre 2017 a Septiembre 2018, con vigencia de dicha Unidad):

--Número de ingresos por Insuficiencia Cardiaca de Octubre 2016 a Septiembre 2017: 154 ingresos.

--Estancia media de Insuficiencia Cardiaca de Octubre 2016 a Septiembre 2017: 9.16 días.

--Número de ingresos por Insuficiencia Cardiaca de Octubre 2017 a Septiembre 2018: 140 ingresos.

--Estancia media de Insuficiencia Cardiaca de Octubre 2017 a Septiembre 2018: 8.53 días.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-La buena relación y comunicación entre los servicios de Cardiología, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna y el servicio de Urgencias.

-En el caso de la relación estrecha con Medicina Familiar y Comunitaria, merece especial reconocimiento la Interconsulta Electrónica, que nos acerca de forma virtual al paciente del centro de salud al especialista.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0188

1. TÍTULO

UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC): TRATAMIENTO DE CORTA ESTANCIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

-El manejo holístico del paciente con un grupo multidisciplinar, encabezados por el servicio de Cardiología, resuelven para nuestro paciente crónico complejo una mejor valoración y manejo.
-Existe un beneficio clínico en tanto en cuanto los pacientes con un manejo más agresivo de su patología en la Unidad de Insuficiencia Cardiaca presentan mejores niveles de clase funcional que si no estuvieran tratados en la misma. Así mismo, existe un beneficio en el ámbito de la gestión puesto que gracias a la optimización del paciente las asistencias al servicio de Urgencias disminuyen, reduciéndose la sobrecarga de dicho servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/188 ===== ***

Nº de registro: 0188

Título
UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC): TRATAMIENTO DE CORTA ESTANCIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

Autores:
ALAMEDA SERRANO JAVIER, MARCEN MIRAVETE ANA, GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO, VALLEJO RODRIGUEZ MARIA DEL CARMEN, MARTIN FORTEA PILAR, LAMBAN IBOR ELENA, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es bien conocido La Insuficiencia Cardiaca Avanzada es un síndrome clínico que conlleva una elevada morbimortalidad así como un importante deterioro de su calidad de vida y grado funcional.
El estudio PRICE (Prevalencia de insuficiencia cardiaca en España) recoge una prevalencia de insuficiencia cardiaca del 1,3% entre los 45 y los 54 años, del 5,5% entre los 55 y los 64, del 8% entre los 65 y los 75 y del 16,1% entre los mayores de 75. En España, al igual que en otros países industrializados, la insuficiencia cardiaca es la primera causa de hospitalización entre los pacientes mayores de 65 años, llegando a suponer el 3% de todos los ingresos hospitalarios. Se calcula que los gastos derivados de la insuficiencia cardiaca representan entre el 1,5-2% del gasto sanitario del Sistema Nacional de Salud y de éstos la mayor parte, entre el 74-87%, se debe al gasto hospitalario.
Los tratamiento ambulatorios - hospitalización de corta estancia, como la administración intermitente de Levosimendán en pacientes con Insuficiencia Cardiaca Avanzada, muestran un efecto beneficioso sobre biomarcadores (cambios en la concentración de NT-proBNP) que marcan la evolución de la enfermedad, lo que conlleva una reducción significativa en el riesgo de hospitalizaciones urgentes por IC. Además resulta un abordaje terapéutico seguro y eficiente.
El Levosimendán tiene un efecto cardioprotector por múltiples factores: la reducción de la precarga y la postcarga mejora el trabajo cardiaco, el incremento del flujo coronario mejora la perfusión de las células cardiacas, la apertura de los canales sensibles a ATP en la mitocondria de las células musculares, protege contra los eventos isquémicos y puede reducir el tamaño del área del infarto, el incremento del flujo de K asociado a la apertura de los canales sensibles a ATP en la mitocondria protege y preserva la función mitocondrial (a través de la normalización de la matriz mitocondrial y del volumen del espacio intermembrana en situaciones de estrés como isquemia o reperfusión).

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es mejorar el manejo de pacientes con Insuficiencia Cardiaca Avanzada, con un seguimiento más estrecho, y administración de manera ambulatoria o con ingresos de corta estancia de medicación específica para mejorar su evolución clínica.
La finalidad es mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes en una patología tan prevalente como la IC, así como reducir el número de reingresos urgentes por disnea secundaria a IC. En este contexto, se entregarán cuestionarios de valoración de calidad de Vida (cuestionario SF-36) para tratar de cuantificar de forma objetiva la mejoría clínica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0188

1. TÍTULO

UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA (IC): TRATAMIENTO DE CORTA ESTANCIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA

Otro objetivo importante es la adecuación del paciente previa a una Cirugía Cardíaca, mejorando así el pronóstico de cara a la cirugía y postoperatorio.

MÉTODO

Elaboración de un protocolo de actuación en el manejo de los pacientes ambulatorios de Insuficiencia Cardíaca. Ingresos programados de corta estancia y/o tratamiento ambulatorios para la optimización del paciente con IC. El paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Especiales (UCE) y/o sillones de IC. Se le aportan tratamiento intravenosos con controles estrictos de peso, diuresis y analíticos. Formación al personal de enfermería con respecto al control y tratamiento en el área de la IC, así como el uso de fármacos específicos.

INDICADORES

-Reingresos urgentes por Insuficiencia Cardíaca Aguda en el año siguiente / Pacientes incluidos en la Unidad de IC.

-Entrega de cuestionario de Salud SF-36 / Pacientes incluidos en la Unidad de IC.

DURACIÓN

-Duración: Indefinida.

-Manejo estrecho del paciente con IC avanzada durante todo el año 2018 y en adelante.

-Evaluación de pacientes tratados en la Unidad de Insuficiencia Cardíaca: Enero-Febrero 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 - 2018/0112

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO DEL PACIENTE PORTADOR DE UN DRENAJE TORACICO MEDIANTE LA ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE MARTIN MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLEJO GUERRERO ASCENSION
GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR
ALBIZU TELLERIA ANA ARANZAZU
JIMENEZ CHAVARRIA CARMEN
JIMENEZ CABELLO BELEN
ROMERO VISIEDO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
6. ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

1- Reuniones mantenidas de la comisión de enfermería quirúrgica para realizar búsqueda de bibliografía, reparto de tareas, revisión de documentación vigente y elaboración de un borrador del documento.

2- Revisión del procedimiento por el servicio de neumología del hospital.

3- Aprobación y difusión del procedimiento mediante sesiones de enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Existe un documento en todas las unidades del hospital sobre "cuidados de enfermería en el paciente portador de un drenaje torácico"

- Proximamente se realizará una sesión informativa.

- Nº de profesionales que asisten a la sesión de enfermería impartida en el hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Elaborar un procedimiento para adquirir conocimientos, habilidades y destrezas en el uso y manejo del drenaje torácico cerrado y poder proporcionar al paciente los cuidados adecuados:

- Reforzar conocimientos sobre el uso y manejo adecuados del drenaje en planta.

- Prevenir complicaciones

- Resolver principales problemas

- Dar a conocer los cuidados de enfermería

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/112 ===== ***

Nº de registro: 0112

Título
MEJORA EN EL MANEJO DEL PACIENTE PORTADOR DE UN DRENAJE TORACICO MEDIANTE LA ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Autores:
MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE, VALLEJO GUERRERO ASCENSION, GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR, ALBIZU TELLERIA ANA ARANZAZU, GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN, JIMENEZ IHUARBEN CARMEN, JIMENEZ CABELLO BELEN, ROMERO VISIEDO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0112

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANEJO DEL PAQCIENTE PORTADOR DE UN DRENAJE TORACICO MEDIANTE LA ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el momento del manejo del drenaje torácico se ha observado que el personal no está lo suficientemente instruido sobre la forma de manipular el sistema de drenaje. Debido a la importancia que tiene el manejo de este sistema, se espera que con la elaboración de este procedimiento se le dé importancia a la necesidad de fortalecer el conocimiento del personal de enfermería sobre este tema, lo cual impulsará un proceso de gestión de autocuidado en el manejo del paciente y favorecerá una atención de calidad, asegurando las dimensiones de continuidad y eficacia.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un procedimiento para adquirir conocimientos, habilidades y destrezas en el uso y manejo del drenaje torácico cerrado y poder proporcionar al paciente los cuidados adecuados:
- Reforzar conocimientos sobre el uso y manejo adecuados del drenaje en planta.
- Prevenir complicaciones
- Resolver principales problemas
- Dar a conocer los cuidados de enfermería

MÉTODO
1- Reuniones mantenidas de la comisión de enfermería quirúrgica para realizar búsqueda de bibliografía, reparto de tareas, revisión de documentación vigente y elaboración de un borrador del documento.
2- Revisión del procedimiento por el servicio de neumología del hospital.
3- Aprobación y difusión del procedimiento mediante sesiones de enfermería.

INDICADORES
- Existe un documento en todas las unidades del hospital sobre "cuidados de enfermería en el paciente portador de un drenaje torácico"
- N° de profesionales que asisten a la sesión de enfermería impartida en el hospital.

DURACIÓN
- Primer trimestre 2018: elaboración del documento
- Segundo trimestre 2018: revisión y aprobación del procedimiento
- Tercer trimestre 2018: difusión mediante sesión de enfermería.

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 - 2018/0178

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE RECUPERADORES SANGUINEOS EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE CARMEN DE JUAN CEBOLLADA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ LEON ALFREDO ANGEL
LOZANO GUERRERO SARA
DOMINGUEZ SANZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Diseño de una hoja Word en la que registramos los siguientes datos:
Identificación de paciente
Diagnóstico y fecha de intervención
Cifras de hemoglobina y hematocrito al ingreso
Complicaciones en la intervención
Colocación de recuperador
Cantidad transfundida e incidencias del mismo
Evolución apósito quirúrgico
¿Precisa transfusión de hematíes? ¿Cuántos?
Cifras de hemoglobina y hematocrito al alta
Pautado tratamiento con hierro al alta

Cumplimiento de calendario marcado. Enero 2018/Enero 2019

Recursos empleados:

Historia clínica (datos de laboratorio, gráfica de enfermería)
Recursos materiales : Adquisición de equipos de recuperadores sanguíneos
Bolsas de drenaje

Acciones Realizadas:

Actividades formativas dentro del equipo multidisciplinar intrahospitalarias.
Al ingreso del paciente se abre hoja de evaluación de recuperadores, indicando diagnóstico y fecha de intervención quirúrgica. Así como cifras de hemoglobina y hematocrito que se consultan en la historia clínica
Al regreso de quirófano, anotamos la cantidad que se le transfunde en las primeras seis horas postoperatorias.
Finalizada la transfusión se cumplimenta hoja de seguimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un 99.71 % de pacientes intervenidos quirúrgicamente que se han beneficiado de esta medida de ahorro, no han precisado recibir transfusión de hematíes posteriormente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha conseguido el objetivo de disminuir los posibles riesgos para la salud del receptor, disminuyendo en la medida de lo posible el número de transfusiones.
Consiguiendo un descenso en la utilización de sangre que debido a la escasez de donaciones, así como el elevado coste de la misma supone una medida de ahorro importante.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/178 ===== ***

Nº de registro: 0178

Título
MEJORA EN EL USO DE RECUPERADORES SANGUINEOS EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA

Autores:
DE JUAN CEBOLLADA CARMEN, RODRIGUEZ LEON ALFREDO ANGEL, LOZANO GUERRERO SARA, DOMINGUEZ SANZ MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0178

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE RECUPERADORES SANGUINEOS EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA ORTOPEDICA TRAUMATOLOGICA

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En las intervenciones de COT (cirugía ortopédica traumatólogica), una de las medidas de ahorro de sangre consistiría en la transfusión autóloga mediante el denominado recuperador sanguíneo, método utilizado cuando se prevee una importante pérdida de sangre.

Existen una serie de factores como son:

- la escasez de donaciones
- elevado coste del procedimiento

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir los posibles riesgos para la salud del receptor que han originado la promoción de diversas medidas de ahorro de sangre para así disminuir en la medida de lo posible el número de transfusiones.

Los pacientes a los que va dirigida este procedimiento son aquellos a los que se les va a intervenir de prótesis total de rodilla, prótesis total de cadera y recambios.

MÉTODO

Realización de sesiones formativas al equipo multidisciplinar en la unidad de traumatología y en quirófano.

Adquisición de equipos de recuperadores sanguíneos específicos para este tipo de transfusiones.

INDICADORES

1. % de pacientes intervenidos de prótesis de cadera, rodilla o recambio a los que se les ha aplicado dicha transfusión.

Fórmula:

Numerador: nº de pacientes intervenidos de prótesis de cadera, rodilla o recambio a los que se les ha aplicado la transfusión

Denominador: nº total de pacientes intervenidos de prótesis de cadera, rodilla o recambio.

Estandar: 85-100%

2. Todo el personal de enfermería de la unidad conoce y maneja el procedimiento.

Observaciones: datos obtenidos por muestreo de 25 historias y a través de entrevistas al personal de la unidad.

DURACIÓN

- Primer trimestre 2018: sesiones formativas del equipo multidisciplinar intrahospitalarias.

- Segundo trimestre 2018: implantación del procedimiento y puesta en marcha

- Tercer trimestre 2018: Evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0210

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN MARTINEZ TOMEY
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHO MUÑOZ ELENA
OLLERO DOMENCHE LETICIA
MIR SUBIAS ALBERTO
ARGUEDAS LAZARO YOLANDA
MORENO RUIZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración conjunta por parte del personal del servicio de endoscopias de una hoja de enfermería que registre los datos relacionados con el paciente y el procedimiento endoscópico (terapéutica, sedación...)
2. Difusión e implementación del nuevo documento de registro en el servicio de endoscopias.
3. Cumplimentación por parte del personal de enfermería de la hoja de registro en cada exploración endoscópica y firma por parte del médico y DUE responsables.
4. Archivar en la historia clínica del paciente la hoja de registro de enfermería, junto con el consentimiento informado, solicitud de la exploración e informe de la prueba endoscópica realizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Correcta cumplimentación de las hojas de registro de enfermería incluidas en la historia clínica de los pacientes (96%)
- Hoja de registro de enfermería firmada por el médico responsable de la exploración (92%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Los resultados obtenidos en la evaluación alcanzan los objetivos propuestos.
- La hoja de registro mejora la comunicación entre la unidad de endoscopias y el resto de servicios del hospital.
- El registro mejora la seguridad del paciente.
- Constancia en la historia clínica de la prescripción médica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/210 ===== ***

Nº de registro: 0210

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN, SANCHO MUÑOZ ELENA, OLLERO DOMENCHE LETICIA, MIR SUBIAS ALBERTO, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA, MORENO RUIZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente que precisa prueba endoscopica
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 - 2018/0210

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

PROBLEMA

Debido a la ausencia de un registro de enfermería en las pruebas endoscópicas es necesaria su elaboración, para adquirir información del paciente, reflejar la terapéutica realizada y la medicación administrada durante la misma. Este registro servirá como orden médica escrita de la medicación suministrada al paciente, ya que hasta ahora, durante la prueba la orden es verbal.

RESULTADOS ESPERADOS

-Elaborar registros de enfermería que nos permitan tener información relevante del paciente para la realización de la prueba diagnóstica y/o terapéutica.
-Documentar de manera precisa la atención de enfermería prestada y la terapéutica realizada.
-Dejar constancia en la historia clínica de la medicación administrada al paciente durante la prueba, firmada la dosis por el medico responsable de la misma y las posibles complicaciones o incidencias.

MÉTODO

1. Entrevistas con el equipo de la unidad de endoscopias para valorar la información que es necesario obtener del paciente, así como la que terapéutica que se va a registrar.
2. Elaboración de hojas de registro para las diferentes pruebas endoscópicas, que sean sencillas y rápidas de cumplimentar.
3. Aprobación de las nuevas hojas de registro de enfermería por la Comisión de Historias Clínicas y Continuidad Documental del centro hospitalario y Calidad Asistencial.
4. Difusión del nuevo registro a todo el personal de la unidad.
5. Implantación de la hoja de registro de enfermería en la unidad.
6. Presentación de resultados a los profesionales de la unidad de endoscopias y a la dirección del centro hospitalario, tras evaluación de muestra de historias aleatorias de pacientes a los cuales se les ha realizado algún tipo de prueba en la unidad, tras la implantación del nuevo registro.

INDICADORES

Indicador1: Porcentaje de pacientes a los que se realiza prueba diagnóstica en endoscopias que presentan registro enfermero correctamente cumplimentado.

Numerador: número de pacientes con registros correctamente cumplimentados por parte de enfermería que encuentren en la historia clínica.
Denominador: número de pacientes a los que se ha realizado prueba endoscópica tras la implantación de las hojas de registro. Resultado por 100.
Estandar: 95-100%
Observaciones: Muestra de 25 historias.

Indicador2: Porcentaje de registros enfermeros con firma del facultativo responsable de la prueba.

Numerador: número de registros de enfermería firmados por el facultativo responsable de la prueba.
Denominador: número de pacientes con registro de enfermería realizado. Resultado por 100.
Estándar: Mayor de 90%.
Observaciones. Muestra aleatoria de 25 historias.

DURACIÓN

Primer trimestre 2018: Entrevista con los integrantes de la unidad de endoscopias.
Realización de borrador de la hoja de registro y modificaciones necesarias.
Segundo trimestre 2018: Se aprueba el uso del nuevo registro y se presenta en comisión de historias clínicas.
Tercer trimestre 2018: Se comienza a utilizar el nuevo registro.
Cuarto trimestre 2018: Se realiza muestreo de 25 historias aleatorias y se valoran indicadores. Se comunican resultados al personal de la unidad y al centro.

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 - 2018/0210

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0210

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN MARTINEZ TOMEY
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHO MUÑOZ ELENA
OLLERO DOMENCHE LETICIA
MIR SUBIAS ALBERTO
ARGUEDAS LAZARO YOLANDA
MORENO RUIZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración conjunta por parte del personal del servicio de endoscopias de una hoja de enfermería que registre los datos relacionados con el paciente y el procedimiento endoscópico (terapéutica, sedación...)
2. Difusión e implementación del nuevo documento de registro en el servicio de endoscopias.
3. Cumplimentación por parte del personal de enfermería de la hoja de registro en cada exploración endoscópica y firma por parte del médico y DUE responsables.
4. Archivar en la historia clínica del paciente la hoja de registro de enfermería, junto con el consentimiento informado, solicitud de la exploración e informe de la prueba endoscópica realizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Correcta cumplimentación de las hojas de registro de enfermería incluidas en la historia clínica de los pacientes (96%)

Hoja de registro de enfermería firmada por el médico responsable de la exploración (92%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Los resultados obtenidos en la evaluación alcanzan los objetivos propuestos.
- La hoja de registro mejora la comunicación entre la unidad de endoscopias y el resto de servicios del hospital.
- El registro mejora la seguridad del paciente.
- Constancia en la historia clínica de la prescripción médica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/210 ===== ***

Nº de registro: 0210

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN, SANCHO MUÑOZ ELENA, OLLERO DOMENCHE LETICIA, MIR SUBIAS ALBERTO, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA, MORENO RUIZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0210

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Debido a la ausencia de un registro de enfermería en las pruebas endoscópicas es necesaria su elaboración, para adquirir información del paciente, reflejar la terapéutica realizada y la medicación administrada durante la misma.
Este registro servirá como orden médica escrita de la medicación suministrada al paciente, ya que hasta ahora, durante la prueba la orden es verbal.

RESULTADOS ESPERADOS

-Elaborar registros de enfermería que nos permitan tener información relevante del paciente para la realización de la prueba diagnóstica y/o terapéutica.
-Documentar de manera precisa la atención de enfermería prestada y la terapéutica realizada.
-Dejar constancia en la historia clínica de la medicación administrada al paciente durante la prueba, firmada la dosis por el medico responsable de la misma y las posibles complicaciones o incidencias.

MÉTODO

1. Entrevistas con el equipo de la unidad de endoscopias para valorar la información que es necesario obtener del paciente, así como la que terapéutica que se va a registrar.
2. Elaboración de hojas de registro para las diferentes pruebas endoscópicas, que sean sencillas y rápidas de cumplimentar.
3. Aprobación de las nuevas hojas de registro de enfermería por la Comisión de Historias Clínicas y Continuidad Documental del centro hospitalario y Calidad Asistencial.
4. Difusión del nuevo registro a todo el personal de la unidad.
5. Implantación de la hoja de registro de enfermería en la unidad.
6. Presentación de resultados a los profesionales de la unidad de endoscopias y a la dirección del centro hospitalario, tras evaluación de muestra de historias aleatorias de pacientes a los cuales se les ha realizado algún tipo de prueba en la unidad, tras la implantación del nuevo registro.

INDICADORES

Indicador1: Porcentaje de pacientes a los que se realiza prueba diagnóstica en endoscopias que presentan registro enfermero correctamente cumplimentado.

Numerador: número de pacientes con registros correctamente cumplimentados por parte de enfermería que encuentren en la historia clínica.
Denominador: número de pacientes a los que se ha realizado prueba endoscópica tras la implantación de las hojas de registro. Resultado por 100.
Estandar: 95-100%
Observaciones: Muestra de 25 historias.

Indicador2: Porcentaje de registros enfermeros con firma del facultativo responsable de la prueba.

Numerador: número de registros de enfermería firmados por el facultativo responsable de la prueba.
Denominador: número de pacientes con registro de enfermería realizado. Resultado por 100.
Estandar: Mayor de 90%.
Observaciones. Muestra aleatoria de 25 historias.

DURACIÓN

Primer trimestre 2018: Entrevista con los integrantes de la unidad de endoscopias.
Realización de borrador de la hoja de registro y modificaciones necesarias.
Segundo trimestre 2018: Se aprueba el uso del nuevo registro y se presenta en comisión de historias clínicas.
Tercer trimestre 2018: Se comienza a utilizar el nuevo registro.
Cuarto trimestre 2018: Se realiza muestreo de 25 historias aleatorias y se valoran indicadores. Se comunican resultados al personal de la unidad y al centro.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0210

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

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 - 2018/0953

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 09/01/2019

2. RESPONSABLE ELENA SANCHO MUÑOZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN
ARGUEDAS LAZARO YOLANDA
OLLERO DOMENCHE LETICIA
MORENO RUIZ MARTA
MIR SUBIAS ALBERTO
ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Elaboración del procedimiento para la realización del test del aliento
- Reuniones con el servicio de laboratorio para gestionar el proceso de recepción y análisis de la muestra
- Difusión al personal de la unidad y reunión informativa con el personal de Atención Primaria
- Inclusión en la Intranet del sector

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Preparación correcta de los pacientes que acuden a realizarse el test del aliento: 96%
- Resultado de la prueba en Historia Clínica Electrónica en 24-48 horas: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Disminución de la demora en la citación del test del aliento
- Mejora en la preparación del paciente debido a una adecuada información previa a la realización del test por lo que se evita citaciones repetidas y resultados falsamente negativos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/953 ===== ***

Nº de registro: 0953

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
SANCHO MUÑOZ ELENA, MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA, OLLERO DOMENCHE LETICIA, MORENO RUIZ MARTA, MIR SUBIAS ALBERTO, ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La infección por Helicobacter Pylori, un tipo de bacteria, es la causa más frecuente de gastritis y de úlcera gastroduodenal en todo el mundo, y se relaciona también con el cancer gástrico y linfoma gástrico tipo MALT, aunque este tipo de enfermedades son más infrecuentes. La infección es muy común y aumenta con la edad, a los 60 años alrededor del 50% de las personas están infectadas.
El test de aliento es el método más sensible para detectar la presencia de Helicobacter Pylori, con una fiabilidad de aproximadamente 97-98%, siendo muy superior a la de cualquier otro método, incluida la biopsia gástrica, y también el más fiable para comprobar la erradicación tras el tratamiento. Es un test sencillo,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0953

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

rápido, económico y exento de riesgos, pero que requiere de una preparación por parte del paciente, para evitar falsos negativos y una correcta realización por parte de enfermería, para evitar falsos positivos. Hasta ahora el test se realizaba en nuestro hospital pero el análisis del mismo se llevaba a cabo en el HCU, precisando de entre 15-30 días para el resultado. A partir de ahora se analiza en nuestro laboratorio y el resultado esta presente en la HCE en 2-3 días.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminución del tiempo de espera del resultado, lo que conlleva un diagnóstico de la infección y tratamiento más rápido.

Correcta preparación del paciente y cumplimiento del procedimiento por parte de enfermería, para evitar falsos positivos y negativos.

Disminución de la demora para la realización de la prueba, debido a que el paciente que acude mal preparado debe volver a citarse.

MÉTODO

Aprobación del documento definitivo: Procedimiento para la realización del test de aliento (Test de ureasa).

Difusión del procedimiento: Intranet del hospital, reuniones informativas con personal de la Unidad y Atención Primaria.

INDICADORES

Número de pacientes a los que se realiza test de aliento cuyo resultado se puede consultar en 2-3 días en HCE.

Número de pacientes a los que no se puede realizar test de aliento por incumplimiento de la preparación.

DURACIÓN

Implantación y difusión: 2º y 3º trimestre de 2018.

Evaluación de resultados: 4º 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 - 2018/0953

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ELENA SANCHO MUÑOZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN
ARGUEDAS LAZARO YOLANDA
OLLERO DOMENCHE LETICIA
MORENO RUIZ MARTA
MIR SUBIAS ALBERTO
ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Elaboración del procedimiento para la realización del test del aliento.
- Reuniones con el servicio de laboratorio para gestionar el proceso de recepción y análisis de la muestra.
- Difusión al personal de la unidad y reunión informativa con el personal de Atención Primaria.
- Inclusión en la Intranet del sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Preparación correcta de los pacientes que acuden a realizarse el test del aliento: 96%
- Resultado de la prueba en Historia Clínica Electrónica en 24-48 horas: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Disminución de la demora en la citación del test del aliento.
- Mejora en la preparación del paciente debido a una adecuada información previa a la realización del test por lo que se evita citaciones repetidas y resultados falsamente negativos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/953 ===== ***

Nº de registro: 0953

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
SANCHO MUÑOZ ELENA, MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA, OLLERO DOMENCHE LETICIA, MORENO RUIZ MARTA, MIR SUBIAS ALBERTO, ARANGUREN GARCIA FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La infección por Helicobacter Pylori, un tipo de bacteria, es la causa más frecuente de gastritis y de úlcera gastroduodenal en todo el mundo, y se relaciona también con el cancer gástrico y linfoma gástrico tipo MALT, aunque este tipo de enfermedades son más infrecuentes. La infección es muy común y aumenta con la edad, a los 60 años alrededor del 50% de las personas están infectadas.
El test de aliento es el método más sensible para detectar la presencia de Helicobacter Pylori, con una fiabilidad de aproximadamente 97-98%, siendo muy superior a la de cualquier otro método, incluida la biopsia gástrica, y también el más fiable para comprobar la erradicación tras el tratamiento. Es un test sencillo,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0953

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI E IMPLANTACION DEL PROCEDIMIENTO DE REALIZACION DEL TEST DE ALIENTO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

rápido, económico y exento de riesgos, pero que requiere de una preparación por parte del paciente, para evitar falsos negativos y una correcta realización por parte de enfermería, para evitar falsos positivos. Hasta ahora el test se realizaba en nuestro hospital pero el análisis del mismo se llevaba a cabo en el HCU, precisando de entre 15-30 días para el resultado. A partir de ahora se analiza en nuestro laboratorio y el resultado esta presente en la HCE en 2-3 días.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminución del tiempo de espera del resultado, lo que conlleva un diagnóstico de la infección y tratamiento más rápido.

Correcta preparación del paciente y cumplimiento del procedimiento por parte de enfermería, para evitar falsos positivos y negativos.

Disminución de la demora para la realización de la prueba, debido a que el paciente que acude mal preparado debe volver a citarse.

MÉTODO

Aprobación del documento definitivo: Procedimiento para la realización del test de aliento (Test de ureasa).

Difusión del procedimiento: Intranet del hospital, reuniones informativas con personal de la Unidad y Atención Primaria.

INDICADORES

Número de pacientes a los que se realiza test de aliento cuyo resultado se puede consultar en 2-3 días en HCE.

Número de pacientes a los que no se puede realizar test de aliento por incumplimiento de la preparación.

DURACIÓN

Implantación y difusión: 2º y 3º trimestre de 2018.

Evaluación de resultados: 4º 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 - 2018/0566

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MODELO DE SOLICITUD DE HORMONAS DESDE LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA AL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ANA BELEN MAÑAS MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEVE ALCALDE PATRICIA
SANTOS GIL MARIA TERESA
MORENO SORIANO MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se diseñó un de solicitud de hormonas en formato papel desde la Unidad de Endocrinología del Hospital Ernest Lluch. Se valoraron las determinaciones hormonales basales y las pruebas funcionales más frecuentemente solicitadas desde la consulta de Endocrinología.
- En la realización del volante se tuvo en cuenta la agrupación de las determinaciones hormonales por órgano productor: 1. Suprarrenal. 2. Hipófisis. 3. Tiroides. 4. Hormonas esteroides.
- Se especificó un apartado específico para Pruebas funcionales, sólo designando aquellas más utilizadas en consultas. (Estímulo con ACTH, Hipoglucemia insulínica, Ritmo cortisol, Supresión DXT, SOG para GH, Sobrecarga iv sodio, Supresión con captopril, SOG 75 gr, Estimulación con Thyrogen, Prolactina 20 min).
- Se realizó varias reuniones con el personal facultativo del Laboratorio clínico del hospital para determinar la idoneidad del modelo de solicitud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El Hospital Ernest Lluch de Calatayud no disponía de un modelo de solicitud de hormonas al laboratorio. Las hormonas se solicitaban en el volante genérico de bioquímica, identificándose errores en la transcripción de pruebas solicitadas y dando lugar a visitas repetidas de pacientes en la consulta por falta de pruebas. Finalmente se ha podido desarrollar un modelo de solicitud de hormonas al Laboratorio del Hospital Ernest Lluch en formato papel, consensado con el laboratorio de Bioquímica y especificándose las pruebas más frecuentemente utilizadas en la consulta de Endocrinología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Mediante el diseño de un modelo de solicitud de pruebas endocrinológicas se ha optimizado la consulta de Endocrinología. No se invierte tiempo durante la consulta en rellenar de forma manual las pruebas hormonales requeridas para el paciente. El laboratorio recibe la información adecuada y exacta acerca de las determinaciones que se tienen que realizar y no hay errores en la transcripción de las pruebas. Queda pendiente de valorar la extensión del modelo de solicitud de hormonas a otras áreas médicas como medicina interna y atención primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/566 ===== ***

Nº de registro: 0566

Título
ELABORACION DE UN MODELO DE SOLICITUD DE HORMONAS DESDE LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA AL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
MAÑAS MARTINEZ ANA BELEN, ESTEVE ALCALDE PATRICIA, SANZ FOIX PERFECTA, SANTOS GIL MARIA TERESA, MORENO SORIANO MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0566

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MODELO DE SOLICITUD DE HORMONAS DESDE LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA AL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La labor del Endocrinólogo en el Hospital Ernest Lluch se desarrolla principalmente en la consulta ambulatoria. Diariamente se solicitan perfiles hormonales, pero no se dispone de un modelo de solicitud de hormonas al laboratorio clínico en formato papel. Las determinaciones hormonales se solicitan de modo manual escribiendo en un recuadro que se encuentra al final del volante de análisis general. Además de consumir tiempo en la consulta, esto produce que en algunos casos no se soliciten las determinaciones hormonales de forma correcta en todos los pacientes atendidos en la consulta, aumentándose el número de visitas de los pacientes y demorándose el diagnóstico de su patología.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es desarrollar un modelo de solicitud de hormonas al Laboratorio del Hospital Ernest Lluch en formato papel que pueda ser usado en la consulta de Endocrinología. De este modo, se aumenta la calidad asistencial y la eficacia con la que son atendidos los pacientes en la consulta de Endocrinología.

MÉTODO

- Realización de un modelo de solicitud de hormonas en formato papel desde la Unidad de Endocrinología del Hospital Ernest Lluch.
- Las hormonas se agruparán por órgano productor de las mismas.
- Se incluirán las pruebas funcionales de cada eje hormonal más utilizadas en la consulta.
- Se determinarán perfiles hormonales de las patologías más prevalentes.
- Se realizará una reunión con el Laboratorio para determinar la validez del modelo de solicitud.

INDICADORES

- Número de pacientes que les falta alguna determinación hormonal inicialmente según su patología y tienen que volver a la consulta para resultados.
- Adecuación de los perfiles hormonales a las patologías más prevalentes.

DURACIÓN

- El modelo de solicitud se realizará durante los meses de mayo y junio de 2018.
- Se determinará la adecuación del modelo en el tercero y cuarto trimestre 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 - 2018/0485

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE MOISES URIARTE PINTO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MORTE ROMEA ELENA
REYES FIGUEROA ADIB ANTONIO
GRAJEDA JUAREZ JOSE ARNOLDO
TORCAL AZNAR JAVIER
RODRIGUEZ LEON ALFREDO ANGEL
SAGARDOY VALERA IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha revisado y adecuado la base de datos de medicamentos con la que se trabaja en el Servicio de Farmacia y que será la empleada en la prescripción electrónica.

Esta revisión ha consistido en:

- El cambio de todas las descripciones de los medicamentos de nombre comercial a principio activo, dosis y forma farmacéutica.
 - Comprobar que la dosis por unidad es correcta.
 - Comprobar que la forma farmacéutica es correcta.
 - Comprobar que la vía de administración más frecuente es correcta.
 - Para los medicamentos que se administran frecuentemente a una dosis y con una pauta posológica fija, incorporar estos datos a la ficha del medicamento para facilitar el proceso de prescripción y que en ese momento la prescripción se cree con todos los datos incorporados.
 - Incorporar el dato de la Dosis Diaria Definida (DDD) para generar cálculos automáticos de consumo de medicamentos, sobre todo para los antibióticos (dato necesario para elaborar el informe de consumo de antibióticos solicitado desde el Gripe PROA autonómico).
 - Verificar la correcta parametrización de los medicamentos para que aparezcan correctamente en los distintos aplicativos (Unidosis (de este módulo capta los datos el módulo web de prescripción electrónica), Dispensación pacientes ambulatorios, Dispensación pacientes externos).
 - Verificación de los permisos de los distintos perfiles de usuarios (médico, enfermería, farmacéutico) para asignar correctamente el acceso a las distintas funcionalidades de cada grupo.
 - Verificación de la estructura interna de camas disponibles en el hospital para adecuarlas a la disponibilidad en el hospital.
- Hasta el momento no se ha podido implantar definitivamente la prescripción electrónica puesto que se va a poner en marcha a través de un módulo web en lugar del aplicativo que estaba programado en el proyecto inicial. Este módulo web corporativo, incorpora también un módulo de administración de medicación por el personal de enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta el momento no se ha podido implantar la prescripción electrónica, pero se ha adecuado toda la base de datos de medicamentos para poder implantarla próximamente en este año.

No se puede valorar el indicador propuesto ya que no se ha completado el proyecto.

En mayo de 2019 está previsto comenzar con la implementación del proyecto en principio con una planta de hospitalización como piloto en el hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha sido un trabajo árduo el que se ha llevado a cabo con la revisión de más de 2.000 fichas de medicamentos diferentes. El paso por el Servicio de Farmacia de múltiples personas durante los últimos años no ha ayudado al correcto mantenimiento de esta base de datos que contaba con múltiples errores que hasta ahora no se han corregido porque no era necesario para el correcto funcionamiento del servicio, pero totalmente necesario para la puesta en marcha de este proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/485 ===== ***

Nº de registro: 0485

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0485

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

URIARTE PINTO MOISES, MORTE ROMEA ELENA, REYES FIGUEROA ADIB ANTONIO, GRAJEDA JUAREZ JOSE ARNOLDO, TORCAL AZNAR JAVIER, OLLERO DOMENCHE LETICIA, RODRIGUEZ LEON ALFREDO ANGEL, SAGARDOY VALERA IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología que ingrese en el hospital
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad disponemos en nuestro hospital de prescripción manual mediante la cumplimentación a mano de la medicación en las hojas de tratamiento.
En estas condiciones, la probabilidad de aparición de errores es muy alta debido a múltiples factores como la ilegibilidad de la orden médica, prescripción en documento erróneo (hoja de evolutivo, de enfermería), uso de abreviaturas no estandarizadas, ausencia de identificación del paciente, paciente erróneo, transcripción de la orden médica a la gráfica de enfermería, ausencia de registro de alergias/intolerancias...
Recientemente se ha realizado un AMFE del proceso de prescripción, validación, dispensación y administración de medicamentos en nuestro hospital con el objetivo de identificar los posibles fallos del proceso y proponer acciones correctoras.
Esto se puede evitar mediante la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en la que el facultativo realiza la prescripción médica de forma electrónica evitando la transcripción de enfermería a su gráfica de enfermería y por lo tanto minimizando los posibles errores asociados al proceso.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Disminuir los errores asociados al proceso de prescripción/transcripción de medicamentos.
2. Estandarizar las abreviaturas y acrónimos relacionados con la prescripción.
3. Asegurar la identificación inequívoca del médico prescriptor.
4. Asegurar la disponibilidad del registro de alergias en el momento de la prescripción
5. Disponer de forma directa del peso del paciente en el momento de la prescripción en aquellos casos que precisen ajuste de dosis.
6. Disponer de una guía farmacoterapéutica actualizada que límite la selección de medicamentos imprescindibles y permita acotar los criterios de indicación de fármacos especiales y reducir el gasto farmacéutico.

MÉTODO

1. Adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia en el programa informático: FarmaTools®.
 - a. Cambio de la descripción de los medicamentos de nombre comercial (en la actualidad) a principio activo.
 - b. Revisión de las características de las fichas de medicamentos, dosis por unidad, vía de administración, grupo farmacoterapéutico...
 - c. Revisión de las pautas posológicas y dosis más frecuentes de los medicamentos para actualizar la base de datos de medicamentos de farmacia.
2. Modificar la estructura interna de las camas para adecuarlas a la prescripción electrónica en la estructura del módulo de unidosis de FarmaTools®.
3. Formación a los facultativos implicados en el proceso de prescripción médica del paciente ingresado mediante sesiones/reuniones en grupos reducidos.
4. Implantación definitiva de la PEA.

Recursos materiales: será necesario dotar las unidades de hospitalización de equipos informáticos necesario para asegurar el correcto y cómodo trabajo de los facultativos.

INDICADORES

Definición del indicador: porcentaje de camas con prescripción electrónica respecto al total de camas de hospitalización disponibles.
(Camas con prescripción electrónica / Total de camas de hospitalización disponibles) x 100
Fuente de Datos: Auditoría
Valor objetivo: 50% en el último trimestre de 2017, para todos los servicios hospitalarios.
Límite Inferior: 40%
Límite superior: 50%

DURACIÓN

Abril-junio de 2017: Revisión y adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia.

Junio-septiembre de 2017: Formación a los facultativos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0485

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN ELHOSPITAL ERNEST LLUCH

Noviembre de 2017: implantación definitiva.

Enero de 2018: evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0485

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MOISES URIARTE PINTO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAGARDOY VALERA IGNACIO
ZAPATA LOPEZ ANA BELEN
DE JUAN CEBOLLADA CARMEN
MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE
DE MARCO MURO CRISTINA
DEZA IBAÑEZ MARIA ELENA
SEDILES ORTIZ JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para la consecución del presente proyecto se ha:

- Actualizado y corregido los errores detectados en la base de datos de medicamentos del Hospital Ernest Lluch (dosis por presentación, vía de administración, dosis y frecuencia más habituales de administración, registro de la dosis diaria definida, entre otros).
- Carga y activación de todos los profesionales sanitarios implicados en el proceso de prescripción, validación y administración de medicación en el paciente hospitalizado (médicos, enfermería y farmacéutico).
- Instalación de nuevos ordenadores en las Unidades de Enfermería.
- Formación de formadores: se recibió una sesión formativa sobre el manejo del módulo de prescripción y de administración de PreSalud.
- Puesta en marcha en la Unidad de Enfermería C (Medicina Interna).
- Se está trabajando en la extensión a otras Unidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Grado de implantación de la prescripción electrónica en la Unidad de Enfermería C: 91,05%.

Este dato observado en el periodo de implantación (segundo semestre de 2019) se debe a que el inicio fue gradual. Cada nuevo ingreso se iba incluyendo en el sistema de prescripción electrónica, sin embargo, los pacientes que estaban ingresados previamente continuaron en el sistema antiguo hasta que fueron dados de alta.

En la actualidad la totalidad de los pacientes que ingresan en la Unidad de Enfermería C disponen de prescripción médica electrónica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de la prescripción electrónica es un sistema que agiliza tanto el proceso de prescripción como de administración por parte de enfermería. Además, aumenta la visibilidad del tratamiento actualizado y administrado al paciente a otros profesionales implicados en la atención al paciente hospitalizado. Tenemos que seguir trabajando para implementar otras ayudas a la prescripción como sistemas de alertas por parámetros clínicos o interacciones farmacológicas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/485 ===== ***

Nº de registro: 0485

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
URIARTE PINTO MOISES, MORTE ROMEA ELENA, REYES FIGUEROA ADIB ANTONIO, GRAJEDA JUAREZ JOSE ARNOLDO, TORCAL AZNAR JAVIER, OLLERO DOMENCHE LETICIA, RODRIGUEZ LEON ALFREDO ANGEL, SAGARDOY VALERA IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0485

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología que ingrese en el hospital

Línea Estratégica .: Seguridad clínica

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad disponemos en nuestro hospital de prescripción manual mediante la cumplimentación a mano de la medicación en las hojas de tratamiento.

En estas condiciones, la probabilidad de aparición de errores es muy alta debido a múltiples factores como la ilegibilidad de la orden médica, prescripción en documento erróneo (hoja de evolutivo, de enfermería), uso de abreviaturas no estandarizadas, ausencia de identificación del paciente, paciente erróneo, transcripción de la orden médica a la gráfica de enfermería, ausencia de registro de alergias/intolerancias...

Recientemente se ha realizado un AMFE del proceso de prescripción, validación, dispensación y administración de medicamentos en nuestro hospital con el objetivo de identificar los posibles fallos del proceso y proponer acciones correctoras.

Esto se puede evitar mediante la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en la que el facultativo realiza la prescripción médica de forma electrónica evitando la transcripción de enfermería a su gráfica de enfermería y por lo tanto minimizando los posibles errores asociados al proceso.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Disminuir los errores asociados al proceso de prescripción/transcripción de medicamentos.
2. Estandarizar las abreviaturas y acrónimos relacionados con la prescripción.
3. Asegurar la identificación inequívoca del médico prescriptor.
4. Asegurar la disponibilidad del registro de alergias en el momento de la prescripción
5. Disponer de forma directa del peso del paciente en el momento de la prescripción en aquellos casos que precisen ajuste de dosis.
6. Disponer de una guía farmacoterapéutica actualizada que límite la selección de medicamentos imprescindibles y permita acotar los criterios de indicación de fármacos especiales y reducir el gasto farmacéutico.

MÉTODO

1. Adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia en el programa informático: FarmaTools@.
 - a. Cambio de la descripción de los medicamentos de nombre comercial (en la actualidad) a principio activo.
 - b. Revisión de las características de las fichas de medicamentos, dosis por unidad, vía de administración, grupo farmacoterapéutico...
 - c. Revisión de las pautas posológicas y dosis más frecuentes de los medicamentos para actualizar la base de datos de medicamentos de farmacia.
2. Modificar la estructura interna de las camas para adecuarlas a la prescripción electrónica en la estructura del módulo de unidosis de FarmaTools@.
3. Formación a los facultativos implicados en el proceso de prescripción médica del paciente ingresado mediante sesiones/reuniones en grupos reducidos.
4. Implantación definitiva de la PEA.

Recursos materiales: será necesario dotar las unidades de hospitalización de equipos informáticos necesario para asegurar el correcto y cómodo trabajo de los facultativos.

INDICADORES

Definición del indicador: porcentaje de camas con prescripción electrónica respecto al total de camas de hospitalización disponibles.

(Camas con prescripción electrónica / Total de camas de hospitalización disponibles) x 100

Fuente de Datos: Auditoria

Valor objetivo: 50% en el último trimestre de 2017, para todos los servicios hospitalarios.

Límite Inferior: 40%

Límite superior: 50%

DURACIÓN

Abril-junio de 2017: Revisión y adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia.

Junio-septiembre de 2017: Formación a los facultativos.

Noviembre de 2017: implantación definitiva.

Enero de 2018: evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0485

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

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 - 2018/0133

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS PARA EL PACIENTE CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE NOEMI MANRESA OROZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ GILABERTE ESTELA
SANZ FOIX PERFECTA
MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE
IÑIGUEZ PASTOR SUSANA
CORTES CASADO AFRICA
PEREZ FERNANDEZ LETICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reuniones mensuales de la comisión de cuidados de enfermería en nutrición para realizar búsqueda bibliográfica, búsqueda de la evidencia, selección de estudios e información de otros centros hospitalarios donde ya están implantadas (3)
- Reuniones con la Unidad de dietética y cocina para intercambiar ideas y elaborar las dietas Disfagia(4)
- Reuniones con el servicio de informática para adaptar el programa informático de petición de dietas incluyendo las dietas Disfagia (2)
- Reuniones con dirección de gestión para valorar la inclusión de determinados alimentos en las dietas disfagia (ABA/ Alimentación básica adaptada).(2)
- Difusión de las dietas mediante carteles informativos en todas las unidades de hospitalización y servicio de cocina.
- Elaboración de estrategias de mejora en la formación del personal que atiende al paciente hospitalizado: reuniones con supervisoras de unidad, formación hospitalaria, elaboración de documento informativo (3)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Elaboración, Implantación y difusión de dietas adaptadas para el paciente con disfagia orofaríngea.
- Disminución del nº de broncoaspiraciones y complicaciones en estos pacientes.
- Se realiza actividad formativa dirigida a todo el sector sobre cuidados de enfermería en paciente con disfagia donde se realiza talleres prácticos y exposición de video explicativo para el aprendizaje de realización del test volumen viscosidad.
- El 100% de los pacientes diagnosticados con ICTUS que pueden iniciar tolerancia oral tras la realización del test volumen viscosidad, con dietas adaptadas disfagia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados obtenidos indican que es un proyecto aplicable a otros sectores sanitarios debido al balance positivo de los mismos.

7. OBSERVACIONES.
Desde la comisión de nutrición de enfermería y con el apoyo de la dirección se realizarán dos ediciones formativas anuales sobre disfagia dirigida a todo el personal de enfermería para reforzar conocimientos.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/133 ===== ***

Nº de registro: 0133

Título
ADAPTACION DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS PARA EL PACIENTE CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION: DIETAS DISFAGIA

Autores:
MANRESA OROZ NOEMI, SANCHEZ GILABERTE ESTELA, MARTINEZ BENEDI ISABEL, SANZ FOIX PERFECTA, MARIN MARTINEZ MARIA JOSE, IÑIGUEZ PASTOR SUSANA, CORTES CASADO AFRICA, PEREZ FERNANDEZ LETICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0133

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS PARA EL PACIENTE CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto surge de la observación del riesgo de episodios de atragantamiento sufridos por nuestros pacientes relacionados con la alimentación no adaptada a sus necesidades de forma adecuada y como continuidad a una adaptación de las dietas hospitalarias que se modificaron parcialmente en el año 2016 sin conseguir los resultados esperados.

La disfagia no es una enfermedad en si, sino más bien un síntoma de otras enfermedades

Las complicaciones derivadas de la disfagia tienen importante repercusión en el enfermo y en el sistema sanitario:

- Atragantamientos graves
- Infecciones respiratorias reiteradas o graves por el paso del alimento a vias respiratorias
- Desnutrición o deshidratación por no ingerir los alimentos/liquidos necesarios
- Pérdidas de peso y debilidad muscular
- Ingresos hospitalarios con la consiguiente repercusión humana, sanitaria, social y económica, además de la alta tasa e mortalidad.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo general:

Tratamiento nutricional de la disfagia manteniendo un adecuado estado de nutrición e hidratación y una alimentación sin riesgos.

Objetivos específicos:

- Disminuir o evitar los problemas como el atragantamiento y/o la aspiración.
- Mantener un buen estado nutricional y una correcta hidratación.
- Facilitar la deglución con maniobras dietéticas adecuadas a la capacidad individual de masticar y deglutir
- Satisfacción del paciente: que la hora de comer sea lo mas agradable posible y que se mantenga la alimentación oral el mayor tiempo posible

MÉTODO

- Reuniones mensuales de la comisión de cuidados de enfermería en nutrición para realizar búsqueda bibliográfica, búsqueda de la evidencia, selección de estudios e información de otros centros hospitalarios donde ya están implantadas.
- Reuniones con la Unidad de dietética y cocina para intercambiar ideas y elaborar las dietas Disfagia.
- Reuniones con el servicio de informática para adaptar el programa informático de petición de dietas incluyendo las dietas Disfagia.
- Reuniones con dirección de gestión para valorar la inclusión de determinados alimentos en las dietas disfagia (ABA/ Alimentación básica adaptada)
- Difusión de las dietas mediante carteles informativos en todas las unidades de hospitalización y servicio de cocina.
- Elaboración de estrategias de mejora en la formación del personal que atiende al paciente hospitalizado: reuniones con supervisoras de unidad, formación interhospitalaria, elaboración de documento informativo

INDICADORES

. 1-Grado de Cumplimento:

Cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:

Nº de reuniones de trabajo realizadas/ Nº de reuniones previstas x 100

2-Existencia de la dieta disfagia

3-Grado de aplicación:

Pautar la dieta al 100% de pacientes afectados por disfagia grave

Nº de dietas disfagia prescritas/Nº de pacientes afectados de disfagia

DURACIÓN

- Reuniones de todos los diferentes equipos multidisciplinares durante el primer trimestre 2018.
- Elaboración de dietas: Abril 2018
- Implantación de dietas en el hospital: Mayo 2018
- Evaluación de resultados: Noviembre 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 - 2018/0133

1. TÍTULO

ADAPTACION DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS PARA EL PACIENTE CON DIFICULTADES EN LA DEGLUCION

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0388

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 17/12/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA ORTEGA MAJAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BALLANO DE MIGUEL ANA ISABEL
CLEMENTE SALA ESPERANZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde abril de 2018 a diciembre de 2018 se han realizado las siguientes actividades:

1. Evaluación de la infraestructura y disponibilidad de productos de base alcohólica (PBA) y de guantes en el hospital.

Se ha realizado auditoria en todo el hospital de la disponibilidad de PBA, soportes y carteles. En los puntos donde se ha observado la falta de alguno de los componentes evaluados se ha hablado con el responsable de la unidad de enfermería informando para corregirlo.

2. Realización con motivo del día mundial de higiene de manos de una campaña especial de sensibilización sobre la importancia de la higiene de manos.

El día 8 de mayo celebramos en el hospital de Calatayud el día mundial de higiene de manos al ser el día 5 de mayo sábado.

Personal de medicina preventiva preparó un carro ad hoc para dar información y formación de la técnica de higiene de manos en todas las unidades del hospital (también se utilizaron lámparas de rayos UV para comprobar la adecuación de la higiene de manos). En los servicios quirúrgicos también se les dió formación de la antisepsia quirúrgica de manos.

3. Distribución de carteles y dípticos sobre los 5 momentos de la higiene de manos.

Con motivo del día mundial de higiene de manos se hizo distribución de carteles por todo el hospital.

Posteriormente, a principio de otoño se hizo un plan de contingencia de la gripe estacional 2018/19. Uno de los puntos a considerar era disponer de soluciones hidroalcohólicas y carteles en todos los puntos de atención hospitalaria.

4. Realización de un curso formativo de higiene de manos acreditado para personal del sector de Calatayud
Con la colaboración de un coordinador de higiene de manos de Aragón y del IC+S, se realizó un curso de higiene de manos acreditado en el sector de Calatayud. La sesión presencial fue el 17 de octubre y posteriormente online.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Se dispone de una guía de higiene de manos y uso adecuado de guantes en el hospital: PENDIENTE

2. Se ha realizado difusión de la guía a través de la Intranet del hospital PENDIENTE

3. Se ha realizado un corte anual en el hospital para la evaluación de la disponibilidad de PBA en todas aquellas zonas que se consideren necesarias y detectar oportunidades de mejora: SÍ

4. Se ha dedicado un día para la sensibilización del personal del hospital sobre la importancia de la higiene de manos practicando actividades ad hoc. SÍ

5. Se ha comprobado que en todas las áreas del hospital hay carteles informativos de los momentos de higiene de manos. SÍ

6. Se ha participado en cursos sobre higiene de manos acreditados. SÍ

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Con la auditoria y el plan de contingencia de la gripe se dispone de PSA y carteles en todos los habitáculos de atención del hospital, pero sigue habiendo un % de camas de hospitalización sin PBA en el punto de atención por problemas de ubicación de mobiliario, desplazamiento de pacientes...etc.

2. Se ha comprobado mucha mayor implicación en la formación de higiene de manos del personal de enfermería que del personal médico.

7. OBSERVACIONES.

Se está trabajando en la elaboración de la guía de higiene de manos y uso adecuado de guantes en el hospital para su posterior difusión

*** ===== Resumen del proyecto 2018/388 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0388

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Nº de registro: 0388

Título
PLAN DE MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
ORTEGA MAJAN MARIA TERESA, BALLANO DE MIGUEL ANA ISABEL, CLEMENTE SALA ESPERANZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PROFESIONALES DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) que incluyen a la infección nosocomial (IN) clásica y a las infecciones adquiridas por pacientes de la comunidad en contacto con la asistencia sanitaria, afectan cada año a cientos de pacientes en todo el mundo. Son una consecuencia involuntaria no deseada de dicha atención, ocasionando una alta morbilidad y mortalidad para los pacientes y sus familias, y una enorme carga económica adicional para el sistema sanitario.
En los países desarrollados entre el 5 y el 10% de los pacientes que ingresan en un hospital contraen una IRAS, representando según el estudio ENEAS de 2005 un 25% de los eventos adversos, siendo en más de la mitad de los casos evitables.
La importancia de las manos en la transmisión de las IRAS está demostrada. Los microorganismos son adquiridos por los profesionales sanitarios durante el contacto directo con pacientes o de manera indirecta con los objetos que lo rodean, y transmitidos de paciente a paciente, por lo que una correcta higiene de manos es el método más simple y efectivo para reducirlas. Existen estudios de alta calidad en la literatura científica que describen que la frecuencia de IRAS puede ser reducida hasta en un 50% cuando los profesionales sanitarios realizan una adecuada higiene de manos.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el personal sanitario y no sanitario del hospital.
2. Aumentar la adherencia a la higiene de manos del personal sanitario y no sanitario.
3. Fomentar el uso racional de guantes.

MÉTODO
1. Diseño y elaboración de una guía específica para el hospital sobre higiene de manos y uso adecuado de guantes.
2. Difusión de la guía en el hospital
3. Evaluación de la infraestructura y disponibilidad de productos de base alcohólica (PBA) y de guantes en el hospital.
4. Realización con motivo del día mundial de higiene de manos una campaña especial de sensibilización sobre la importancia de la higiene de manos.
5. Distribución de carteles y dípticos sobre los 5 momentos de la higiene de manos.
6. Realización de un curso formativo de higiene de manos acreditado para personal del sector de Calatayud.

INDICADORES
1. Se dispone de una guía de higiene de manos y uso adecuado de guantes en el hospital (SÍ, NO).
2. Se ha realizado difusión de la guía a través de la Intranet del hospital (SÍ, NO).
3. Se ha realizado un corte anual en el hospital para la evaluación de la disponibilidad de PBA en todas aquellas zonas que se consideren necesarias y detectar oportunidades de mejora (SÍ, NO).
4. Se ha dedicado un día para la sensibilización del personal del hospital sobre la importancia de la higiene de manos practicando actividades ad hoc. (SÍ, NO).
5. Se ha comprobado que en todas las áreas del hospital hay carteles informativos de los momentos de higiene de manos. (SÍ, NO).
6. Se ha participado en cursos sobre higiene de manos acreditados. (SÍ, NO).

DURACIÓN
1 AÑO (Desde abril de 2018 a marzo de 2019)

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0388

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

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 - 2018/0281

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 08/01/2019

2. RESPONSABLE ROCIO CEBOLLADA SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONFORTE CIRAC MARIA LUISA
SEGURA MARIN ANA CARMEN
SERRANO FARADUES ISABEL
QUERO LAHOZ ROSA
SAGRADO ARROYO MARIA MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Revisión de diferentes protocolos de nuestra Sociedad Científica (SEIMC) con el fin de adecuar sus recomendaciones a nuestra cartera de servicios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Actualmente se está llevando a cabo el manual de toma de muestras. Los indicadores se evaluarán una vez implantado dicho manual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se está trabajando coordinadamente todo el equipo para la realización del manual de toma de muestras, para su posterior difusión a todos los profesionales implicados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/281 ===== ***

Nº de registro: 0281

Título
ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO, MONFORTE CIRAC MARIA LUISA, SEGURA MARIN ANA CARMEN, SERRANO FARADUES ISABEL, QUERO LAHOZ ROSA, SAGRADO ARROYO MARIA MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Consideramos necesaria la existencia de un Manual de Toma de Muestras Microbiológicas para la obtención de resultados óptimos que permitan un diagnóstico adecuado de las enfermedades infecciosas y así disminuir las contaminaciones derivadas de un procedimiento incorrecto, así como dar respuesta a las dudas del personal Médico y de Enfermería sobre la correcta recogida de las muestras.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende estandarizar la recogida y transporte de muestras microbiológicas, disminuir el número de contaminaciones de las muestras recibidas, garantizar la correcta recogida de aquellas muestras que por ser de difícil obtención resultan irrepetibles y dar respuesta a las necesidades de los profesionales.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0281

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Realizar una revisión bibliográfica de las principales Sociedades Científicas y revisar la metodología utilizada en diferentes centros para la elaboración de un Manual adaptado a las necesidades del hospital.
Consensuar un documento que refleje la información recogida.
Difundir el documento a Atención Primaria y Especializada para poder realizar las consultas oportunas.

INDICADORES

Número de muestras recibidas inadecuadas para la solicitud realizada tras la difusión del Manual (<5% del total de muestras recibidas).
Número de muestras mal transportadas tras la difusión del Manual (<5% del total de muestras recibidas).

DURACIÓN

Elaboración del Manual de Toma de Muestras: Marzo de 2019 (estimado).
Revisión, aprobación y difusión en Intranet: Abril de 2019 (estimado).
Comunicación a los Servicios: Mayo de 2019 (estimado).
Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo de 2019 a Octubre 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 - 2018/0281

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ROCIO CEBOLLADA SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONFORTE CIRAC MARIA LUISA
SEGURA MARIN ANA CARMEN
SERRANO FARADUES ISABEL
QUERO LAHOZ ROSA
SAGRADO ARROYO MARIA MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Revisión de diferentes protocolos de nuestra Sociedad Científica (SEIMC) con el fin de adecuar sus recomendaciones a nuestra cartera de servicios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Actualmente se está llevando a cabo el manual de toma de muestras. Los indicadores se evaluarán una vez implantado dicho manual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se está trabajando coordinadamente todo el equipo para la realización del manual de toma de muestras, para su posterior difusión a todos los profesionales implicados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/281 ===== ***

Nº de registro: 0281

Título
ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO, MONFORTE CIRAC MARIA LUISA, SEGURA MARIN ANA CARMEN, SERRANO FARADUES ISABEL, QUERO LAHOZ ROSA, SAGRADO ARROYO MARIA MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Consideramos necesaria la existencia de un Manual de Toma de Muestras Microbiológicas para la obtención de resultados óptimos que permitan un diagnóstico adecuado de las enfermedades infecciosas y así disminuir las contaminaciones derivadas de un procedimiento incorrecto, así como dar respuesta a las dudas del personal Médico y de Enfermería sobre la correcta recogida de las muestras.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende estandarizar la recogida y transporte de muestras microbiológicas, disminuir el número de contaminaciones de las muestras recibidas, garantizar la correcta recogida de aquellas muestras que por ser de difícil obtención resultan irrepetibles y dar respuesta a las necesidades de los profesionales.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0281

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Realizar una revisión bibliográfica de las principales Sociedades Científicas y revisar la metodología utilizada en diferentes centros para la elaboración de un Manual adaptado a las necesidades del hospital.
Consensuar un documento que refleje la información recogida.
Difundir el documento a Atención Primaria y Especializada para poder realizar las consultas oportunas.

INDICADORES

Número de muestras recibidas inadecuadas para la solicitud realizada tras la difusión del Manual (<5% del total de muestras recibidas).
Número de muestras mal transportadas tras la difusión del Manual (<5% del total de muestras recibidas).

DURACIÓN

Elaboración del Manual de Toma de Muestras: Marzo de 2019 (estimado).
Revisión, aprobación y difusión en Intranet: Abril de 2019 (estimado).
Comunicación a los Servicios: Mayo de 2019 (estimado).
Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo de 2019 a Octubre 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 - 2018/0281

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ROCIO CEBOLLADA SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONFORTE CIRAC MARIA LUISA
SEGURA MARIN ANA CARMEN
SERRANO FARADUES ISABEL
QUERO LAHOZ ROSA
SAGRADO ARROYO MARIA MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el primer trimestre de 2019 se llevó a cabo la elaboración del Manual de Toma de Muestras Microbiológicas mediante la revisión exhaustiva de la metodología en otros centros de referencia, así como de las recomendaciones de nuestra Sociedad Científica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, adecuándolas a nuestras necesidades y características propias.

A finales del mes de marzo de 2019 se llevó a cabo la difusión y publicación en la intranet del Sector de dicho Manual.

Durante el periodo comprendido entre mayo y octubre de 2019 se llevó a cabo el registro de las incidencias relacionadas con las muestras mal transportadas que se recibieron en el Laboratorio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se determinó el número de muestras inadecuadas recibidas en el Laboratorio de Microbiología tras la difusión del Manual de Toma de Muestras (<5% del total de muestras).

Se determinó el número de muestras mal transportadas recibidas en el Laboratorio de Microbiología tras la difusión del Manual de Toma de Muestras (<5% del total de muestras).

Una vez publicado y difundido el Manual, los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

Muestras inadecuadamente transportadas al Laboratorio/6558 (número total de muestras recibidas): 0,15%.

Muestras inadecuadas para la investigación solicitada/6558: 0,38% (<5% del total de muestras).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La existencia de un Manual de Toma de Muestras actualizado y al alcance del personal sanitario es imprescindible para la obtención de resultados óptimos y fiables que permitan hacer un diagnóstico correcto y preciso de las infecciones y así evitar tratamientos incorrectos e innecesarios, con el consiguiente aumento del gasto en antimicrobianos y sobre todo para evitar un potencial perjuicio al paciente.

Es responsabilidad de los microbiólogos mantener actualizados los protocolos, así como lo es también de los clínicos y personal de enfermería que realiza las tomas el consultar dichos manuales y contactar con el Laboratorio en los casos en los que haya dudas al respecto, para así evitar la pérdida innecesaria de muestras que, en algunas ocasiones, son irrepetibles por su obtención dificultosa.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/281 ===== ***

Nº de registro: 0281

Título
ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO, MONFORTE CIRAC MARIA LUISA, SEGURA MARIN ANA CARMEN, SERRANO FARADUES ISABEL, QUERO LAHOZ ROSA, SAGRADO ARROYO MARIA MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0281

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Consideramos necesaria la existencia de un Manual de Toma de Muestras Microbiológicas para la obtención de resultados óptimos que permitan un diagnóstico adecuado de las enfermedades infecciosas y así disminuir las contaminaciones derivadas de un procedimiento incorrecto, así como dar respuesta a las dudas del personal Médico y de Enfermería sobre la correcta recogida de las muestras.

RESULTADOS ESPERADOS
Se pretende estandarizar la recogida y transporte de muestras microbiológicas, disminuir el número de contaminaciones de las muestras recibidas, garantizar la correcta recogida de aquellas muestras que por ser de difícil obtención resultan irrepetibles y dar respuesta a las necesidades de los profesionales.

MÉTODO
Realizar una revisión bibliográfica de las principales Sociedades Científicas y revisar la metodología utilizada en diferentes centros para la elaboración de un Manual adaptado a las necesidades del hospital.
Consensuar un documento que refleje la información recogida.
Difundir el documento a Atención Primaria y Especializada para poder realizar las consultas oportunas.

INDICADORES
Número de muestras recibidas inadecuadas para la solicitud realizada tras la difusión del Manual (<5% del total de muestras recibidas).
Número de muestras mal transportadas tras la difusión del Manual (<5% del total de muestras recibidas).

DURACIÓN
Elaboración del Manual de Toma de Muestras: Marzo de 2019 (estimado).
Revisión, aprobación y difusión en Intranet: Abril de 2019 (estimado).
Comunicación a los Servicios: Mayo de 2019 (estimado).
Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo de 2019 a Octubre 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 - 2018/0284

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 08/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA LUISA MONFORTE CIRAC
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO
GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO
MARTINEZ GONZALEZ LAURA
ORTEGA MAJAN MARIA TERESA
SAGARDOY VALERA IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Constitución del equipo de trabajo multidisciplinar encargado de la implementación del proyecto y recogida de indicadores y seguimiento desde Mayo de 2018 a Noviembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De un total de 70 bacteriemias registradas, en el 85,7% el tiempo de respuesta fue adecuado (<2 horas)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El grupo de trabajo se coordina adecuadamente y el tiempo de respuesta obtenido por el indicador lo consideramos óptimo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/284 ===== ***

Nº de registro: 0284

Título
IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
MONFORTE CIRAC MARIA LUISA, CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO, GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, ORTEGA MAJAN MARIA TERESA, SAGARDOY VALERA IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
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

Las crecientes resistencias a los antimicrobianos son un problema reconocido por las instituciones científicas y uno de los principales problemas de Salud Pública; por ello, desde hace tiempo se desarrollan estrategias para fomentar el uso apropiado de estos agentes terapéuticos y mejorar el pronóstico de los pacientes.

La detección de las bacteriemias constituye una de las prioridades del Servicio de Microbiología Clínica. La gravedad de esta entidad clínica requiere de la administración rápida de tratamiento antibiótico empírico en función de los datos clínicos y de la epidemiología local de la resistencia antibiótica. En la actualidad la transmisión de la información se realiza comunicando verbalmente al facultativo responsable del paciente los resultados obtenidos, siendo en algunas ocasiones, complicado transmitir dicha información; por ello consideramos fundamental una rápida comunicación de los resultados de las bacteriemias con el objetivo de iniciar una antibioterapia adecuada y en el menor tiempo posible, así como un desescalaje del tratamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0284

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

empírico.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende dar una información ágil de las bacteriemias positivas para facilitar la toma de decisiones de los facultativos clínicos ante la existencia de una bacteriemia con la intención de mejorar resultados clínicos, minimizar efectos adversos (incluyendo resistencias) y usar tratamientos coste-eficaces.

MÉTODO

Tras la creación del grupo PROA adaptado a las características de nuestro hospital, se constituye una red de comunicación, a través de teléfono móvil, con facultativos de las siguientes especialidades: Microbiología, Medicina Interna, Farmacia Hospitalaria y Medicina Preventiva, con el fin de comunicar de forma rápida y eficiente las bacteriemias positivas (primarias y asociadas a catéter) y favorecer la toma de decisiones.

INDICADORES

% bacteriemias que superan el tiempo de respuesta predeterminado (2 horas) / Nº total de bacteriemias comunicadas X 100

DURACIÓN

- Constitución del equipo de trabajo multidisciplinar encargado de la implementación del proyecto
- Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo de 2018 a Noviembre 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 - 2018/0284

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNESTLLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA LUISA MONFORTE CIRAC
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO
GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO
MARTINEZ GONZALEZ LAURA
ORTEGA MAJAN MARIA TERESA
SAGARDOY VALERA IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Constitución del equipo de trabajo multidisciplinar encargado de la implementación del proyecto y recogida de indicadores y seguimiento desde Mayo de 2018 a Noviembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De un total de 70 bacteriemias registradas, en el 85,7% el tiempo de respuesta fue adecuado (<2 horas)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El grupo de trabajo se coordina adecuadamente y el tiempo de respuesta obtenido por el indicador lo consideramos óptimo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/284 ===== ***

Nº de registro: 0284

Título
IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
MONFORTE CIRAC MARIA LUISA, CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO, GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, ORTEGA MAJAN MARIA TERESA, SAGARDOY VALERA IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
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

Las crecientes resistencias a los antimicrobianos son un problema reconocido por las instituciones científicas y uno de los principales problemas de Salud Pública; por ello, desde hace tiempo se desarrollan estrategias para fomentar el uso apropiado de estos agentes terapéuticos y mejorar el pronóstico de los pacientes.

La detección de las bacteriemias constituye una de las prioridades del Servicio de Microbiología Clínica. La gravedad de esta entidad clínica requiere de la administración rápida de tratamiento antibiótico empírico en función de los datos clínicos y de la epidemiología local de la resistencia antibiótica. En la actualidad la transmisión de la información se realiza comunicando verbalmente al facultativo responsable del paciente los resultados obtenidos, siendo en algunas ocasiones, complicado transmitir dicha información; por ello consideramos fundamental una rápida comunicación de los resultados de las bacteriemias con el objetivo de iniciar una antibioterapia adecuada y en el menor tiempo posible, así como un desescalaje del tratamiento empírico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0284

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION RAPIDA DE BACTERIEMIAS EN EL HOSPITAL ERNESTLLUCH DE CALATAYUD

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende dar una información ágil de las bacteriemias positivas para facilitar la toma de decisiones de los facultativos clínicos ante la existencia de una bacteriemia con la intención de mejorar resultados clínicos, minimizar efectos adversos (incluyendo resistencias) y usar tratamientos coste-eficaces.

MÉTODO

Tras la creación del grupo PROA adaptado a las características de nuestro hospital, se constituye una red de comunicación, a través de teléfono móvil, con facultativos de las siguientes especialidades: Microbiología, Medicina Interna, Farmacia Hospitalaria y Medicina Preventiva, con el fin de comunicar de forma rápida y eficiente las bacteriemias positivas (primarias y asociadas a catéter) y favorecer la toma de decisiones.

INDICADORES

% bacteriemias que superan el tiempo de respuesta predeterminado (2 horas) / N° total de bacteriemias comunicadas X 100

DURACIÓN

- Constitución del equipo de trabajo multidisciplinar encargado de la implementación del proyecto
- Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo de 2018 a Noviembre 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 - 2018/0102

1. TÍTULO

MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE INMOVILIZACION TERAPEUTICA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE RUBIO MONTUENGA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GASPAR REDONDO ESTER
PUERTOLAS LILAO RAQUEL
GOMEZ HERNANDO MERCEDES
BLANCAS COSTEA ANA MARIA
ALONSO DE MIGUEL AURORA
BALLANO DE MIGUEL ANA ISABEL
CORTES CASADO AFRICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Mantenimiento de reuniones periódicas de la Comisión de Cuidados de Enfermería para realizar búsqueda bibliográfica, documentación, distribución de tareas y elaboración de un Protocolo de Inmovilización Terapéutica.
-Colaboración y asesoramiento sobre el mismo por parte del Comité de Ética Asistencial y del servicio de Psiquiatría del sector.
-Aprobación por la Comisión de Dirección.
-Difusión del Protocolo mediante talleres formativos dirigidos a todo el personal sanitario y no sanitario del Hospital Ernest LLuch.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Se realizó la actividad formativa durante los días 22, 24 y 25 de octubre de 2018 titulada " Curso de abordaje y procedimiento de contención mecánica en el paciente agitado".
-Dicho curso lo realizaron 18 personas.
-El protocolo está en la Intranet del hospital para facilitar su aplicación en caso necesario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Creemos que el Protocolo elaborado es una herramienta muy útil en la práctica diaria en nuestro centro para unificar criterios y pautas de actuación.
-Tenemos previsto repetir durante este año 2019 las sesiones formativas para el personal pero esta vez haciéndolo de forma más concreta en cada Unidad, para reforzar conocimientos y difundirlo a más profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/102 ===== ***

Nº de registro: 0102

Título
MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE INMOVILIZACION TERAPEUTICA

Autores:
RUBIO MONTUENGA MARIA JOSE, GASPAR REDONDO ESTER, PUERTOLAS LILAO RAQUEL, GOMEZ HERNANDO MERCEDES, BLANCAS COSTEA ANA MARIA, ALONSO DE MIGUEL AURORA, BALLANO DE MIGUEL ANA ISABEL, CORTES CASADO AFRICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0102

1. TÍTULO

MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE INMOVILIZACION TERAPEUTICA

Los cambios experimentados en la sociedad, el incremento de la esperanza de vida unida a una mayor discapacidad y dependencia, y la actual consideración de la persona como sujeto de derechos ha llevado a una profunda reflexión sobre el modelo de atención a las personas en situación de dependencia. Esta situación origina cambios en el tipo de atención, pasando de asegurar la calidad de los cuidados profesionales a la atención integral centrada en la persona y la calidad de vida. La IT supone una confrontación ética entre los principios de autonomía (limitación de la libertad del paciente en contra de su voluntad) y de beneficencia (deseo bienintencionado sanitario de protección al paciente, a su entorno y autoprotección física y legal del personal cuando la propia seguridad está comprometida). Este conflicto ético, junto a los problemas de salud que puede desencadenar y sus posibles consecuencias legales exigen que el procedimiento que se realiza cumpla una normativa que contemple desde lo adecuado de la prescripción y metodología hasta el papel de todo el equipo implicado incluida la obligación de informar a la familia. La ausencia en nuestro hospital de un documento que marque los criterios claros y pautas de actuación en situaciones de crisis y la necesidad planteada de los profesionales al respecto, hace necesaria la elaboración e implantación de un protocolo.

RESULTADOS ESPERADOS

Generales:

- Regular el uso de IT en el hospital Ernest LLuch de Calatayud

Específicos:

- Establecer y unificar criterios y pautas de actuación en la aplicación de la IT con referencia a:
 - Indicaciones de la IT
 - Fases o secuencias de actuaciones
 - Procedimientos técnicos
 - Registro de datos de utilidad clínica
 - Evaluación
 - ? Proporcionar a los profesionales del Hospital los conocimientos y pautas que garanticen una adecuada utilización de la IT en caso necesario.
 - ? Garantizar la seguridad de los pacientes, la de los familiares y cuidadores y la del personal asistencial.
- Dar a conocer las implicaciones éticas y jurídico-legales que tiene el aplicar IT de paciente en la práctica asistencial y poder prevenir los riesgos derivados de estas

MÉTODO

- ? Mantenimiento de reuniones periódicas de la comisión de cuidados de enfermería para realizar búsqueda bibliográfica, documentación, distribución de tareas y elaboración de un protocolo de Inmovilización Terapéutica
- ? Colaboración y asesoramiento sobre el mismo por parte del comité de ética asistencial y del servicio de psiquiatría del sector.
- ? Aprobación por la comisión de dirección
- ? Difusión del protocolo mediante talleres formativos dirigidos a todo el personal sanitario y no sanitario del hospital Ernest Lluch.

INDICADORES

1- DIFUSIÓN DEL PROTOCOLO EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

- Tipo de indicador: Proceso
- Objetivo / justificación: Una mayor difusión del protocolo facilita el conocimiento y uso del mismo en el centro de trabajo.
- Formula: N° de personas del servicio que conocen el protocolo $\times 100 / N^{\circ}$ de personas que trabajan en el centro
- Explicación de términos:
Difusión: talleres, cursos, sesiones realizadas en la unidad y Profesionales que han participado en ellos.
- Estándar: 90%
- Fuente de datos . Registro de personal/responsable de enfermería/auditoría interna/encuesta de satisfacción
- Población: Todo el personal de la unidad
- Responsable obtención: Responsable de enfermería
- Periodicidad obtención: Anual

2- PORCENTAJE DE PACIENTES CON MEDIDAS DE IT SEGÚN PROTOCOLO

- Tipo de indicador: Proceso
- Objetivo / justificación: Unificar criterios y pautas de actuación. Valorar exhaustivamente la indicación de la medida para hacer la sujeción solo cuando se hayan agotado las otras posibilidades.
- Formula: N° de pacientes que tienen en su historia los registros del protocolo debidamente cumplimentado $\times 100 / N^{\circ}$ de pacientes con IT.
- Explicación de términos
Datos de identificación del paciente/usuario
Información al usuario
Motivo de la sujeción
Estado del paciente/usuario
Tipo de sujeción

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0102

1. TÍTULO

MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE INMOVILIZACION TERAPEUTICA

ncidencias

Fecha de indicación, pauta temporal y retirada

- Estándar: 90%

- Fuente de datos: documentación clínico asistencial/ historia de enfermería

- Población: Todos los expedientes de las personas usuarias con medidas de sujeción

- Responsable de obtención: Responsable de enfermería

- Periodicidad de obtención: Anual

DURACIÓN

? Elaboración, revisión, aprobación e implantación del documento: Hasta 2º trimestre 2018-02

? Difusión mediante curso formativo: 3er trimestre 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 - 2018/0313

1. TÍTULO

MEJORA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA CRUZ ESTEBAN GUAJARDO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUBIO MONTUENGA MARIA JOSE
MORTE ROMERO ASUNCION
ARENAS MARTINEZ MIRIAN
FORCEN CASADO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboracion de un folleto informativo- explicativo de todos los cuidados relacionados con con la alimentacion, accesovascular, controles analiticos y y radiologicos,administracionde farmacos y problemas psicosocialesde estos pacientes

Reuniones Programadas con todas las unidades del hospital dirigidas a todo el personal sanitario para difundir este folleto,,resolver dudasy dar a conocer el funcionamiento del servicio de hemodialisis. Estas reuniones se realizaron de manera que pudieran asistir todos los turnos de enfermeria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Existe un folleto informativo en todas las unidades del hospita-

Se realizaron 9 sesiones formativas

Asistiendo 110 personas a las sesiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha mejorado la comunicacion con todos los servicios del hospital

Hemos observado que cuando un paciente de hemodialisis esta ingresado se siguen las recomendaciones incluidas en el folleto y explicadas en las charlas,con la mejora significativa en el cuidado del paciente.

Seria conveniente repetir este proyecto de mejora cada dos años .

7. OBSERVACIONES.

Ha sido muy positivo para nuestro servicio y para el hospital realizar este plan de mejora

*** ===== Resumen del proyecto 2018/313 ===== ***

Nº de registro: 0313

Título

MEJORA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADO

Autores:

ESTEBAN GUAJARDO CRUZ, RUBIO MONTUENGA MARIA JOSE, MORTE ROMERO ASUNCION, ARENAS MARTINEZ MIRIAN, FORCEN CASADO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente nefrológico (hemodializado)
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El servicio de hemodialisis en un servicio cerrado donde los pacientes precisan cuidados enfermeros específicos. Cuando estos pacientes permanecen hospitalizados, existe un desconocimiento generalizado sobre su patologia y los cuidados enfermeros que precisan.

Esto repercute negativamente en la atención del paciente y a veces incluso en su tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0313

1. TÍTULO

MEJORA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE DE HEMODIALISIS HOSPITALIZADO

Mejorar la comunicación con todos los servicios del hospital para dar a conocer y difundir estos cuidados enfermeros.
Dar a conocer el servicio de hemodiálisis al hospital y su funcionamiento en cuanto al personal de enfermería.

MÉTODO

- Elaboración de un folleto informativo - explicativo de todos los cuidados relacionadas con la alimentación, acceso vascular, controles analíticos y radiológicos, administración de fármacos y problemas psicosociales de estos pacientes.
- Reuniones programadas con todas las unidades del hospital dirigidas a todo el personal sanitario para difundir este folleto, resolver dudas y dar a conocer el funcionamiento del servicio de hemodiálisis. Estas reuniones se realizarán de forma que puedan asistir todos los turnos de enfermería.

INDICADORES

- Existe un folleto informativo en todas las unidades del hospital.
- N° de sesiones formativas realizadas en el hospital.
- N° de asistentes a estas sesiones formativas.

DURACIÓN

- Primer trimestre 2018: elaboración del folleto informativo
- Segundo trimestre 2018: formateo y aprobación del documento por calidad asistencial e inicio de impartación de primeras sesiones en enfermería.
- Tercer trimestre 2018: Finalización del total de las sesiones formativas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0144

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE MARTA PALACIN LARROY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
en seguimiento

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
en seguimiento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
en seguimiento

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/144 ===== ***

Nº de registro: 0144

Título
MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
PALACIN LARROY MARTA, VALLEJO RODRIGUEZ MARIA DEL CARMEN, HUICI POLO PATXI, LAMBAN IBOR ELENA, GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO, MARCEN MIRAVETE ANA, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El ictus es una patología prevalente que supone una parte importante en la atención en las guardias de Medicina Interna de nuestro hospital. Por otra parte, el tratamiento del mismo, ha evolucionado espectacularmente en los últimos años sobre todo en la fase aguda, lo que requiere que los médicos estén constantemente actualizados en los nuevos criterios de tratamiento.
La guardia de Medicina Interna en nuestro hospital esta atendida por especialistas en medicina interna y otras especialidades medicas: cardiólogos, digestólogos, neumólogos, etc; los cuales precisan actualización continua en esta patología para poder ofrecer al paciente la mejor atención posible.

RESULTADOS ESPERADOS
Poblacion diana: pacientes ingresados por ictus en Hospital Ernest Lluich de Calatayud
Objetivos: disminuir la morbimortalidad.

MÉTODO
Se propone:
1. Actualizar el protocolo de ictus del Hospital según la última actualización del Plan de Ictus de Aragon (PAIA) de 2018
2. Realizar 2 sesiones al Servicio de Medicina Interna para explicar el nuevo protocolo, los nuevos criterios

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0144

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

de tratamiento y el nuevo circuito para el neurointervencionismo con la guardia de Neurología Vascul ar que se ha puesto en marcha recientemente en HUMS.

3. Realizar material resumen con las indicaciones de tratamiento en formato bolsillo para que disponga de el todos los que realicen guardias de medicina interna en el hospital.
4. Colocar cartelería realizada desde el PAIA en las plantas de medicina interna del hospital.

INDICADORES

Se monitorizara a través de la mortalidad por ictus que se nos ofrece anualmente a cada hospital desde el PAIA. Actualmente la mortalidad por ictus en nuestro hospital se encuentra en torno al 13%, dentro de la media esperable en los hospitales de nuestra comunidad, si bien es cierto que seria esperable que disminuyera con la puesta en marcha de los nuevos tratamientos de fase aguda.

DURACIÓN

1. Actualizar el protocolo de ictus del Hospital según la última actualización del Plan de Ictus de Aragon (PAIA) de 2018: Marzo-abril 2018. Revision por Calidad Mayo-Junio.
2. Realizar 2 sesiones al Servicio de Medicina Interna para explicar el nuevo protocolo, los nuevos criterios de tratamiento y el nuevo circuito para el neurointervencionismo con la guardia de Neurología Vascul ar que se ha puesto en marcha recientemente en HUMS: abril y mayo 2017
3. Realizar material resumen con las indicaciones de tratamiento en formato bolsillo para que disponga de el todos los que realicen guardias de medicina interna en el hospital: abril-mayo 2017
4. Colocar cartelería realizada desde el PAIA en las plantas de medicina interna del hospital: abril -mayo 2017.
5. Evaluacion indicadores: reunión PAIA enero y febrero 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 - 2018/0144

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITALERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE MARTA PALACIN LARROY
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLEJO RODRIGUEZ MARIA DEL CARMEN
HUICI POLO PATXI
LAMBAN IBOR ELENA
SERAL MORAL MARIA
MARCEN MIRAVETE ANA
ARGUEDAS LAZARO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se ha realizado material resumen con las indicaciones de tratamiento en formato bolsillo para que disponga de el todos los que realicen guardias de medicina interna en el hospital.

- Se ha colocado cartelería realizada desde el PAIA en las plantas de medicina interna del hospital.

- Se realizo sesion informativa a MI sobre tratamiento del ictus en las guardias en junio 2018, pero dada la rotacion y cambio de personal se postpuso la segunda sesion a 2019 una vez realizados los cambios de la OPE

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mortalidad de ictus HELL 2018: pendientes de que nos pasen datos desde CMBD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente la actualizacion del protocolo de atencion al ictus del hospital y nueva sesion a los medicos de MI

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/144 ===== ***

Nº de registro: 0144

Título
MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
PALACIN LARROY MARTA, VALLEJO RODRIGUEZ MARIA DEL CARMEN, HUICI POLO PATXI, LAMBAN IBOR ELENA, GRACIA TELLO BORJA DEL CARMELO, MARCEN MIRAVETE ANA, ARGUEDAS LAZARO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El ictus es una patología prevalente que supone una parte importante en la atención en las guardias de Medicina Interna de nuestro hospital. Por otra parte, el tratamiento del mismo, ha evolucionado espectacularmente en los últimos años sobre todo en la fase aguda, lo que requiere que los médicos estén constantemente actualizados en los nuevos criterios de tratamiento.

La guardia de Medicina Interna en nuestro hospital esta atendida por especialistas en medicina interna y otras especialidades medicas: cardiólogos, digestologos, neumólogos, etc; los cuales precisan actualización

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0144

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION AL ICTUS AGUDO EN LAS GUARDIAS DE MEDICINA INTERNA DEL HOPITALERNEST LLUCH DE CALATAYUD

continua en esta patología para poder ofrecer al paciente la mejor atención posible.

RESULTADOS ESPERADOS

Poblacion diana: pacientes ingresados por ictus en Hospital Ernest Lluch de Calatayud

Objetivos: disminuir la morbimortalidad.

MÉTODO

Se propone:

1. Actualizar el protocolo de ictus del Hospital según la última actualización del Plan de Ictus de Aragon (PAIA) de 2018
2. Realizar 2 sesiones al Servicio de Medicina Interna para explicar el nuevo protocolo, los nuevos criterios de tratamiento y el nuevo circuito para el neurointervencionismo con la guardia de Neurologia Vasculard que se ha puesto en marcha recientemente en HUMS.
3. Realizar material resumen con las indicaciones de tratamiento en formato bolsillo para que disponga de el todos los que realicen guardias de medicina interna en el hospital.
4. Colocar cartelera realizada desde el PAIA en las plantas de medicina interna del hospital.

INDICADORES

Se monitorizara a través de la mortalidad por ictus que se nos ofrece anualmente a cada hospital desde el PAIA. Actualmente la mortalidad por ictus en nuestro hospital se encuentra en torno al 13%, dentro de la media esperable en los hospitales de nuestra comunidad, si bien es cierto que seria esperable que disminuyera con la puesta en marcha de los nuevos tratamientos de fase aguda.

DURACIÓN

1. Actualizar el protocolo de ictus del Hospital según la última actualización del Plan de Ictus de Aragon (PAIA) de 2018: Marzo-abril 2018. Revision por Calidad Mayo-Junio.
2. Realizar 2 sesiones al Servicio de Medicina Interna para explicar el nuevo protocolo, los nuevos criterios de tratamiento y el nuevo circuito para el neurointervencionismo con la guardia de Neurologia Vasculard que se ha puesto en marcha recientemente en HUMS: abril y mayo 2017
3. Realizar material resumen con las indicaciones de tratamiento en formato bolsillo para que disponga de el todos los que realicen guardias de medicina interna en el hospital: abril-mayo 2017
4. Colocar cartelera realizada desde el PAIA en las plantas de medicina interna del hospital: abril -mayo 2017.
5. Evaluacion indicadores: reunión PAIA enero y febrero 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 - 2018/0109

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE INGRESADO SOBRE ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL MARTINEZ BENEDI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZAPATA LOPEZ ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ELABORACIÓN DE UN TRÍPTICO EN FORMATO PAPEL, CON INFORMACIÓN REGLADA, CONCISA Y ÚTIL PARA LOS PACIENTES QUE INGRESAN ADEMÁS ASPECTOS BÁSICOS MÁS RELEVANTES QUE QUE LOS USUARIOS DEBEN CONOCER DEL HOSPITAL. EL TRÍPTICO ESTARÁ DISPONIBLE EN LA HABITACIÓN DEL PACIENTE UNA VEZ PREPARADA PARA SU INGRESO. SE LE HA COMUNICADO A LAS RESPONSABLES DE CADA UNIDAD ESTA NUEVA ACCIÓN.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL RESULTADO DEL INDICADOR DEL PORCENTAJE DE Nº DE NUEVOS USUARIOS SATISFECHOS POR EL Nº DE NUEVOS USUARIOS INFORMADOS POR 100 HA SIDO DEL 100%. ESTE RESULTADO LO CORROBORA LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REALIZADA AL FINAL DE LA PROPUESTA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ESTE TRÍPTICO LES HA APORTADO TANTO AL PERSONAL SANITARIO COMO A LOS PACIENTES UNA MAYOR SEGURIDAD EN SU INGRESO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/109 ===== ***

Nº de registro: 0109

Título
ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE INGRESADO SOBRE ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:
MARTINEZ BENEDI ISABEL, ZAPATA LOPEZ ANA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente hospitalizado
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Relación con el usuario/paciente

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad, los usuarios que acuden a nuestra hospital tienen un conocimiento muy dispar sobre algunos aspectos del mismo, de tipo administrativo y de funcionamiento (por ejemplo: horario de comidas, normas sobre aseo personal e higiene, pase de visita médica, medidas de aislamiento, secretaría, alta médica....)
Hemos detectado que el desconocimiento de determinados aspectos concretos repercute negativamente tanto en la calidad de la atención percibida por los usuarios como en el propio funcionamiento diario de la unidad. La detección se ha llevado a cabo de forma directa a través de las propias sugerencias y quejas de los usuarios a través de los buzones de sugerencias y supervisoras de unidad.
Por todo ello se hace necesario la elaboración de un tríptico de información para el paciente hospitalizado.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0109

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN TRIPTICO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE INGRESADO SOBRE ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Ofrecer una información reglada, concisa y útil a los pacientes que acuden a nuestra unidad por primera vez, así como secundariamente a aquellos que ya están en seguimiento, para mejorar tanto la calidad asistencial percibida por el usuario como el propio funcionamiento cotidiano de las unidades de hospitalización.

MÉTODO

Elaboración de un tríptico informativo que resume de forma escueta y sencilla los aspectos básicos más relevantes que deben conocer los usuarios del hospital. Este tríptico estará disponible en la habitación del paciente una vez preparada para su ingreso.

Todas las dudas aclaratorias al respecto serán resueltas por la supervisora de la Unidad.

INDICADORES

Porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida sobre la unidad a través del formato del tríptico informativo: $(N^\circ \text{ de nuevos usuarios satisfechos} / n^\circ \text{ de nuevos usuarios informados}) \times 100$.

Este indicador se obtendrá de las encuestas de satisfacción realizadas al final de la propuesta de mejora, y se calculará ajustando el resultado a los pacientes que responden a la encuesta.

DURACIÓN

Primer trimestre 2018: elaboración del tríptico informativo y encuesta de satisfacción.

Segundo y tercer trimestre 2018: aprobación e inicio de entrega del tríptico informativo a los nuevos pacientes hospitalizados.

Diciembre 2018: Valoración de resultados con las encuestas de satisfacción

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RE 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 - 2018/0607

1. TÍTULO

PROMOCION DEL PH DE CALOTA FETAL INTRAPARTO COMO GOLD ESTANDAR PARA DETERMINAR LA CONDUCTA OBSTETRICA EN SALA DE PARTOS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE LORENA DURAN ALGAS
· Profesión MATRONA
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MENES LANASPA JOSE JAVIER
EGEA GONZALEZ ELENA
PICOT CASTRO MIGUEL
FARRER VELAZQUEZ MANUEL
CAÑIZARES OLIVER SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actualmente en nuestro hospital cuando una gestante esta en fase activa de parto el control del bienestar fetal se realiza mediante monitorización biofísica externa y/o interna.

La monitorización fetal pretende detectar precozmente la perdida de bienestar fetal (RPBF) durante el parto, secundaria a hipoxia fetal, con el fin de poder intervenir y evitar el deterioro fetal, disminuyendo así la morbilidad materno-fetal y mejorando los resultados perinatales.

En nuestro servicio dicha vigilancia fetal intraparto se realiza mediante el RCTG continuo. Cuando es patológico o dudoso (95% de sensibilidad para hipoxia fetal), se deben descartar los falsos positivos (50-70%) mediante la determinación del ph en sangre del cuero cabelludo fetal (Gold estándar por su alto VPN 95-97% pese a un 6% de falsos positivos).

Hasta abril de 2018 en nuestro hospital no se realizaba esta técnica por no ser costo-efectiva, ya que el mantenimiento de un gasómetro de uso exclusivo para nuestra unidad era demasiado elevado para nuestro volumen anual de partos. Pero gracias al esfuerzo conjunto de los jefes del servicio de Laboratorio (Dra. Esteve Alcalde) y del servicio de ginecología y obstetricia (Dr. Farrer Velázquez) y el personal de ambos servicios se ha podido compaginar el uso del gasómetro del servicio de laboratorio cuando se necesita realizar una toma de ph de calota como gold estándar para descartar falsos positivos ante un RCTG no tranquilizador. Esto nos muestra su equilibrio ácido-base, que es el indicador más fiable para el diagnóstico de acidosis fetal, por lo tanto es el parámetro que mejor indica la finalización inmediata del parto debido a RPBF (recomendación C). La toma de dicha micro toma sanguínea (técnica de Erich Saling) requiere una dilatación cervical al menos de 2-3cm y amniorrexis.

En nuestro servicio, con el inicio de las determinaciones de ph de calota fetal desde Abril de 2018 hasta el momento, hemos dado un salto muy importante e imprescindible de calidad asistencial, no sólo para gestantes y sus fetos, sino para el personal implicado en su asistencia. Aunque insistiendo, en que, durante la práctica clínica, muchas decisiones obstétricas, aun contando con un estudio de ph fetal, se deben tomar teniendo en cuenta la valoración global de la paciente y de su situación clínica específica (contraindicaciones de la técnica).

Las intervenciones realizadas fueron:

Una primera reunión interdisciplinaria en Febrero de 2018 de los servicios de Laboratorio y Bloque obstétrico, a la que asistieron los jefes de servicio de ambas, las matrones y parte del personal TCAE del bloque obstétrico y parte del personal de laboratorio. Su duración fue de 2 horas en las cuales el servicio de laboratorio explico de manera teórico-práctica como manejar el gasómetro abl90 flex, como registrar las muestras adecuadamente en el mismo para asegurar su trazabilidad en el servicio de laboratorio y poder incluirlas posteriormente en la intranet del hospital. Además

de informar sobre los problemas más frecuentes del aparato y como resolver los mismos. Después se procedió a realizar varias determinaciones con sobrantes de muestras para adquirir las destrezas necesarias para el uso del aparato. Para terminar la sesión, se elaboró un video explicativo para recordar lo aprendido y fue enviado a todos los integrantes del equipo obstétrico además de ser guardado para su consulta en un ordenador del bloque obstétrico.

Posteriormente, se nos envió por correo electrónico el manual completo del gasómetro abl90 flex y se redactó unas instrucciones pormenorizadas (de uso interno en el bloque obstétrico) para el manejo del gasómetro las cuales fueron incluidas con todo el material necesario para realizar la microtoma de calota fetal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0607

1. TÍTULO

PROMOCION DEL PH DE CALOTA FETAL INTRAPARTO COMO GOLD ESTANDAR PARA DETERMINAR LA CONDUCTA OBSTETRICA EN SALA DE PARTOS

También se acordó el circuito para solicitar su utilización al servicio de laboratorio, establecer su prioridad de uso, quien realizaría el traslado y como realizarlo, quien sería el responsable del análisis de la muestra y de la cumplimentación de las peticiones de laboratorio y el circuito para su devolución y limpieza.

Se obtuvo todo el material quirúrgico no desechable necesario para realizar la microtoma según la técnica de Saling (amioscopios, cuchillas de microtoma, lancetas porta cuchillas, pinzas de anillos, capilares heparinizados, tapones para capilares, hierros, imán además de una fuente de luz fría) y de varios equipos de prueba desechables.

Posteriormente se decidió que el registro de dicha actividad, al igual que los resultados obtenidos o las incidencias, se recogerían en el apartado de "observaciones" del libro de partos, en el cual se ha habilitado una parte específicamente para ello.

En febrero de 2019 se realizó otra reunión por parte de los matrones/as de la unidad para recordar el uso del gasómetro y se consensuó a principios de marzo de 2019 con la Dra. Esteve Alcalde, jefa de servicio de laboratorio que se adjuntaran las instrucciones reducidas de uso del gasómetro al aparato cada vez que este se trasladase al bloque obstétrico para su uso. Y a su vez se acordó, que el personal del bloque obstétrico podría ir al servicio de laboratorio para refrescar sus conocimientos sobre el uso del gasómetro si lo consideraban oportuno bajo la supervisión del personal de laboratorio.

Queda pendiente de realizar una sesión clínica informativa sobre la técnica y los resultados obtenidos desde su implantación (17 de Abril de 2019) en el salón de actos del hospital Ernest Lluch auspiciada por el departamento de calidad del mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nuestra población diana han sido las embarazadas que han parido en nuestro servicio desde abril de 2018 hasta finales de Febrero de 2019. Un total de:

113 partos eutócicos

11 partos mediante kiwi

20 vacuum

3 parto mediante fórceps

22 cesáreas urgentes

19 cesáreas programadas

Durante ese tiempo se realizaron 8 microtomías de calota fetal a 4 gestantes en fase activa de parto. Sin estas determinaciones esas 4 gestantes hubieran finalizado su gestación mediante cesárea urgente, sin embargo y gracias a la determinación del ph de calota fetal, 2 de ellas acabaron en parto eutócico, otra de ellas acabó en un parto mediante vacuum tipo kiwi. Todas ellas obtuvieron resultados normales para el ph de arteria umbilical post-nacimiento. La cuarta

gestante terminó en parto por cesárea por imposibilidad de obtener un resultado pese a la extracción de la muestra, por lo que se realizó una segunda reunión del equipo de matronas para reforzar los conocimientos sobre el adecuado uso del gasómetro.

Tasa de partos con determinaciones de ph de calota entre todos los partos atendidos en dicho periodo: 2'127%

Tasa de cesáreas evitadas en partos en los que se realizó ph de calota por RCTG no tranquilizador que hubiera condicionado sin su realización una cesárea urgente: 75% de cesáreas evitadas.

Todos estos datos se obtuvieron del libro de partos, del apartado observaciones/ph calota fetal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se valoró positivamente por parte del equipo obstétrico la posibilidad de la monitorización bioquímica fetal, aunque dado que afortunadamente es una técnica muy necesaria pero de escaso uso, el equipo obstétrico demandó

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0607

1. TÍTULO

PROMOCION DEL PH DE CALOTA FETAL INTRAPARTO COMO GOLD ESTANDAR PARA DETERMINAR LA CONDUCTA OBSTETRICA EN SALA DE PARTOS

refrescar los conocimientos sobre el uso del gasómetro con periodicidad semestral/anual.

Dado que los recursos para su aplicación continuada en la practica obstétrica, no supone un cargo extra ni para la unidad ni para el hospital y todos los recursos necesarios para llevarla a cabo están disponibles en el hospital, esta técnica se seguirá ofertando a nuestra población diana de manera indefinida, pasando a ser recogidos los datos de la misma a partir de Abril de 2019 en el libro electrónico de partos (que se implantará a partir de esa fecha) a la par que en el convencional de papel, para su mejor uso estadístico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/607 ===== ***

Nº de registro: 0607

Título
PROMOCION DEL PH DE CALOTA FETAL INTRAPARTO COMO GOLD ESTANDAR PARA DETERMINAR LA CONDUCTA OBSTETRICA EN SALA DE PARTOS

Autores:
DURAN ALGAS LORENA, MENES LANASPA JOSE JAVIER, EGEA GONZALEZ ELENA, PICOT CASTRO MIGUEL, FARRER VELAZQUEZ MANUEL, GARCIA SIMON RAQUEL, CAÑIZARES OLIVER SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología ...: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología: Gestantes durante proceso de parto.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los años 60 la monitorización fetal creo la idea de que la tecnificación y el control del parto mejoraría los resultados neonatales. Las expectativas sobre el conocimiento exacto del estado fetal y la posibilidad de predecir los resultados, no se vieron cumplidas, por la dificultad en la interpretación de los registros cardiotocográficos fetales, ya que se realiza de forma subjetiva por los profesionales adecuados y aun así, existe una alta variación inter-observador en la interpretación del RCTG, coincidiendo solo en un 22% de los casos.
La monitorización fetal pretende detectar precozmente la pérdida de bienestar fetal (RPBF) durante el parto, secundaria a hipoxia fetal, con el fin de poder intervenir y evitar el deterioro fetal, disminuyendo así la morbimortalidad materno-fetal y mejorando los resultados perinatales.
La vigilancia fetal intraparto se realiza mediante el RCTG continuo. Cuando es patológico o dudoso (95% de sensibilidad para hipoxia fetal), se deben descartar los falsos positivos (50-70%) mediante la determinación del ph en sangre del cuero cabelludo fetal (Gold estándar por su alto VPN 95-97% pese a un 6% de falsos positivos). Esto nos mostrara su equilibrio acido-base, que es el indicador más fiable para el diagnóstico de acidosis fetal, por lo tanto es el parámetro que mejor indica la finalización inmediata del parto debido a RPBF (recomendación C). La toma de dicha microtoma sanguínea (técnica de Erich Saling) requiere una dilatación cervical al menos de 2-3cm y amniorraxis.
Este análisis tiene como fin, disminuir el porcentaje de falsos positivos de RPBF inherentes a los procedimientos de monitorización fetal, tratando de detectar precozmente la asfixia perinatal cuyas secuelas son muerte fetal, encefalopatía neonatal y parálisis cerebral y lograr un mejor resultado perinatal con el menor número de intervenciones posibles. Debemos aclarar que la existencia o no de un compromiso fetal, no siempre coincide con el estado neonatal, pero el uso conjunto de ambas técnicas reduce la incidencia de instrumentalización del parto por distrés fetal (en comparación con la monitorización sola) (RR 0,33 P=0,007) aunque sin diferencias en la tasa de cesáreas.
En nuestro servicio, con el inicio de las determinaciones de ph de calota fetal, damos un salto muy importante e imprescindible de calidad asistencial, no sólo para gestantes y sus fetos, sino para el personal implicado en su asistencia. Aunque insistiendo, en que, durante la práctica clínica, muchas decisiones obstétricas, aun contando con un estudio ph fetal, se deben tomar teniendo en cuenta la valoración global de la paciente y de su situación clínica específica. En las situaciones en las que el ph fetal no pueda realizarse, las decisiones obstétricas se tomarán en base a la gravedad de las alteraciones de la FCF, de otros datos acerca del estado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0607

1. TÍTULO

PROMOCION DEL PH DE CALOTA FETAL INTRAPARTO COMO GOLD ESTANDAR PARA DETERMINAR LA CONDUCTA OBSTETRICA EN SALA DE PARTOS

fetal y de la situación clínica.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reducir la variabilidad en la toma de decisiones durante el parto, con el consiguiente aumento de la calidad asistencial.
- Disminuir la tasa de cesáreas/ partos instrumentalizados innecesarios.
- Disminuir los RN nacidos con acidosis.
- Aumentar y mejorar la seguridad de madre y feto.
- Aumentar y mejorar la seguridad de los profesionales que asisten los partos.

MÉTODO

- Sesión del equipo (matronas, auxiliares y ginecólogos) para unificar criterios e información sobre el procedimiento.
- Base de datos donde se reflejen ph realizados, valores, tipo de parto, Apgar.
- Análisis Estadístico de los resultados obtenidos

INDICADORES

- % de partos con determinaciones de ph calota entre todos los partos atendidos.
- Tasa de cesáreas y de partos instrumentales en los partos con ph calota.
- Todos los partos se realizará un ph de arteria umbilical.

DURACIÓN

Inicio Junio 2018; Fin Mayo 2019

Cronograma:

- Reuniones Junio 2018.
- Elaborar planilla de recogida de datos Junio 2018.
- Protocolo/ plan cuidados/ procedimiento Octubre 2018.
- Implantación del proceso Octubre 2018.
- Análisis de los datos recogidos y conclusiones 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 - 2018/0643

1. TÍTULO

PROMOCION DEL METODO PIEL CON PIEL PRECOZ Y LACTANCIA MATERNA EN SALA DE PARTOS. CUIDADOS GENERALES DEL RN DE BAJO RIESGO DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE JOSE JAVIER MENES LANASPA
· Profesión MATRONA
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GALLEGO VELA SANTIAGO
ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ
PICOT CASTRO MIGUEL
DURAN ALGAS LORENA
GOMEZ DOMINGUEZ HILARIO ALFONSO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión/Sesión informativa equipo multidisciplinar en el que se establece la sistemática de trabajo. (octubre 2018)
Elección de lugares para el registro de datos (libro de partos y hojas de alta matrona) que sea una base de datos. (octubre 2018)
Inicio del método piel con piel y recogida de datos desde 1 enero 2019.
Revisión de los datos obtenidos en enero y febrero 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Porcentaje de piel con piel entre todos los partos normales de bajo riesgo 100% (standard 80%).
Porcentaje de inicio de lactancia materna en puerperio inmediato durante el piel con piel entre las gestantes que dan lactancia materna o lo desean 100% (standard 80%).
Porcentaje de lactancias exitosas al alta hospitalaria entre las lactancias iniciadas en el piel con piel 100% (standard mayor de 70%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de que los objetivos o porcentajes de los indicadores son del 100%, hay que reseñar que sólo se han podido evaluar 2 meses de asistencia y que la muestra ha sido pequeña (30 partos), por lo que no nos podemos aventurar a extrapolar ninguna conclusión.
Habría que aumentar la muestra o esperar varios meses para tener una impresión mejor de los porcentajes de los indicadores. Como logro de este proyecto, todo el proceso va a quedar registrado y reflejado tanto en el libro de partos como en la hoja de alta hospitalaria de la matrona por lo que los datos son fácilmente extrapolables para un análisis estadístico mas exhaustivo y que nos lleve a conclusiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/643 ===== ***

Nº de registro: 0643

Título
PROMOCION DEL METODO PIEL CON PIEL PRECOZ Y LACTANCIA MATERNA EN SALA DE PARTOS. CUIDADOS GENERALES DEL RN DE BAJO RIESGO DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO

Autores:
MENES LANASPA JOSE JAVIER, GALLEGO VELA SANTIAGO, ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ, MARTINEZ BENEDI ISABEL, PICOT CASTRO MIGUEL, DURAN ALGAS LORENA, EGEA GONZALEZ ELENA, GOMEZ DOMINGUEZ HILARIO ALFONSO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0643

1. TÍTULO

PROMOCION DEL METODO PIEL CON PIEL PRECOZ Y LACTANCIA MATERNA EN SALA DE PARTOS. CUIDADOS GENERALES DEL RN DE BAJO RIESGO DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO

PROBLEMA

Los RN a término, aunque sean de bajo riesgo, requieren una serie de cuidados y procedimientos rutinarios, a parte de una valoración cuidadosa de su estado general. Suele llevarse a cabo por las matronas en paritorio.

En diversas culturas los RN son colocados directamente sobre el pecho desnudo de la madre inmediatamente después del nacimiento. Históricamente este comportamiento era necesario para la supervivencia del RN. Con la tecnificación de la asistencia al parto, la mayoría de los niños que nacen en un hospital son separados de la madre o vestidos antes de entregárselos, estas rutinas pueden perturbar la interacción precoz entre la madre y el RN.

En los últimos años se han producido cambios en la asistencia del RN sano, la evidencia científica recomienda el contacto piel con piel temprano, de forma ideal en el momento del nacimiento, colocando al RN desnudo, en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, manteniendo caliente al RN (secando y cubriendo) con una manta o toallas/paños, previamente calentadas, al tiempo que se mantiene el contacto piel con piel con la madre. Se recomienda evitar la separación de la madre y el RN dentro de la primera hora de vida y/o hasta que haya finalizado la primera toma. Durante este periodo la matrona (y auxiliar de enfermería) mantendrá una vigilancia con observación periódica que interfiera lo menos posible entre la madre y el RN con registro de signos vitales del RN.

Esta práctica, está dentro de las recomendaciones que el Ministerio de Sanidad y Consumo hace en su estrategia de parto normal, basada en el contacto íntimo en las primeras horas de vida puede facilitar la conducta antropométricas del RN pueden llevarse a cabo más tarde, evitando la interrupción innecesaria del contacto madre-hijo en los primeros minutos tras el parto. La evidencia también nos indica que la mayoría de RN sanos a término, presentan comportamientos espontáneos de alimentación en la primera hora de vida. El contacto temprano piel con piel con succión se asocia a un inicio satisfactorio de la lactancia materna y a una mayor duración de la lactancia materna. La iniciación de la lactancia materna debe ser alentada lo antes posible después del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora.

El contacto directo piel con piel tiene grandes beneficios que aporta para ambos:

- Favorece el establecimiento del vínculo afectivo
- Aumenta la probabilidad de éxito de la lactancia materna
- Mejora el control de la termorregulación del RN (previene hipotermia)
- Evita la hipoglucemia del RN
- Disminuye el distress respiratorio

Respecto a los cuidados generales del RN; pinzamiento del cordón umbilical, profilaxis ocular, administración de vitamina K intramuscular y recogida de huellas del RN pueden realizarse sin separar al RN de su madre. Las medidas antropométricas del RN pueden llevarse a cabo más tarde, evitando la interrupción innecesaria del contacto madre-hijo en los primeros minutos tras el parto.

En nuestro servicio planteamos este proyecto de mejora de calidad asistencial al detectar variabilidad en la asistencia al RN sano en función de la persona que la lleva a cabo. Vemos una oportunidad de mejora, en la que no sólo participan diferentes profesionales (matronas, pediatras, auxiliares y enfermeras), sino que también colaboran diferentes servicios (Bloque Obstétrico y Unidad Materno-Infantil). Elaborando un protocolo/procedimiento unificado.

RESULTADOS ESPERADOS

Reducir la variabilidad en la práctica diaria en el manejo del RN sano mediante la protocolización de la asistencia. (aumento de la calidad asistencial).

Favorecer el vínculo afectivo madre-RN de forma temprana, interfiriendo lo menos posible en la adaptación a la vida extrauterina

Fomentar una Lactancia Materna exitosa.

Mejora del control termorregulación del RN (disminución del riesgo de hipotermia fetal)

Evitar hipoglucemias del RN

Disminuir distress respiratorio

MÉTODO

Taller/Sesión Clínica/ Reuniones equipo multidisciplinar, estableciendo un protocolo de actuación/guía...consensuado con los diversos servicios y profesionales implicados y adaptado a nuestro medio de trabajo.

Elaborar Planilla de recogida de datos y creación de una Base de datos

Revisión de datos obtenidos y análisis/evaluación

INDICADORES

Porcentaje de piel con piel entre todos los partos normales de bajo riesgo (>80%)

Porcentaje de inicio de Lactancias en puerperio inmediato: nº lactancias iniciadas durante el piel con piel entre las gestantes que dan lactancia materna o la desean (>80%)

Lactancias exitosas al alta: nº lactancias maternas al alta/ entre nº de contactos piel con piel o lactancias iniciadas en el piel con piel. (>70%)

DURACIÓN

Fecha de inicio Mayo 2018 y final Marzo 2019

Cronograma:

Charlas /Reuniones Mayo 2018

Protocolo/ plan cuidados/ procedimiento 2018 Sept

Elaborar planilla de recogida de datos o Check list + base de datos Sept 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0643

1. TÍTULO

PROMOCION DEL METODO PIEL CON PIEL PRECOZ Y LACTANCIA MATERNA EN SALA DE PARTOS. CUIDADOS GENERALES DEL RN DE BAJO RIESGO DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO

Implantación del proceso Sept 18
Análisis de los datos recogidos y valoración / conclusiones Marzo 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 - 2018/0824

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PERDIDA GESTACIONAL Y DUELO PERINATAL

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE SILVIA CAÑIZARES OLIVER
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA COLERA DANIEL
GARCIA SIMON RAQUEL
PELLICER SORIA ANA MARIA
FRANCO SERRANO CARLOS
GIL LAFUENTE OSCAR
GONZALEZ MARQUETA MAXIMO
BERNAL ARAHAL TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Elaboración de un protocolo de actuación ante la pérdida fetal y duelo perinatal.
- Elaboración de un circuito asistencial ante el diagnóstico de muerte fetal intraútero.
- Adaptación de consentimientos y documentación a cumplimentar ante un caso de muerte fetal.
- Elaboración de un circuito para el envío de documentación y muestras recogidas durante el proceso, incluyendo la derivación al centro de referencia, si procede.
- Sesión Hospitalaria sobre Duelo perinatal con el objetivo de dar a conocer el problema y su situación actual, ofreciendo herramientas a los profesionales para manejar esta situación y mejorar así la calidad asistencial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Proporcionar una visión global del problema a las diferentes especialidades médicas y enfermería.
- Formación a los profesionales involucrados a través de la sesión hospitalaria y los protocolos de actuación.
- Actuación uniforme siguiendo unas pautas establecidas según las últimas evidencias científicas disponibles, mejorando así la calidad asistencial.
- Detección PRECOZ de casos que requieren atención y posterior seguimiento en el centro de salud por parte del psiquiatra y psicólogo.
- Atención personalizada y humanizada a las pacientes y su entorno, por ejemplo, facilitando una habitación individual en el área Materno-Infantil, en una localización lo más alejada posible del resto de pacientes obstétricas.
- Actualización de la documentación y consentimientos a cumplimentar en estas situaciones.
- Agilizar el circuito asistencial así como el envío de muestras recogidas durante el proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Aunque las pérdidas gestacionales suelen ser inusuales en nuestro medio, no por ello no debemos estar preparados y formados debidamente.
- Se ha demostrado que la pérdida perinatal provoca un gran impacto emocional a los padres, familiares y a los profesionales que los atienden, por lo que resulta fundamental la formación para manejar estas situaciones ofreciendo así una atención uniforme, individualizada, humanizada y de calidad, evitando así actitudes poco adecuadas por parte del personal sanitario que puedan dificultar el proceso de un duelo saludable a padres y familiares.
- Disponer de un protocolo de actuación y un circuito asistencial es primordial para unificar y facilitar la atención asistencial, permitiendo también la detección precoz de pacientes con riesgo de desarrollar un duelo patológico, ofertándoles medidas de apoyo tanto farmacológicas como psicológicas previas al alta y seguimiento en los Centros de Salud.
- Con respecto al tríptico informativo sobre duelo perinatal, que se pretendía repartir al alta a la paciente y sus familiares, queda pendiente finalizar su elaboración y aprobación por parte del Comité de Ética Asistencial.
- Con respecto a los cuestionarios para valorar la atención recibida, la idea inicial era distribuirlos en la consulta de revisión, pero por el momento no nos ha parecido adecuado debido al estado emocional de las pacientes. No obstante, subjetivamente percibimos una mejora notable en la atención ante estas situaciones.

Como conclusión, la puesta en marcha de este proyecto de calidad ha logrado mejorar la formación y actuación de los profesionales involucrados y, por lo tanto, la calidad asistencial a las pacientes y sus familiares.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/824 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0824

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PERDIDA GESTACIONAL Y DUELO PERINATAL

Nº de registro: 0824

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PERDIDA GESTACIONAL Y DUELO PERINATAL

Autores:
CAÑIZARES OLIVER SILVIA, GIL LAFUENTE OSCAR, FARRER VELAZQUEZ MANUEL, FRANCO SERRANO CARLOS, GARCIA SIMON RAQUEL, GRACIA COLERA DANIEL, PELLICER SORIA ANA MARIA, GONZALEZ MARQUETA MAXIMO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología: Salud mental
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La pérdida gestacional provoca un gran impacto emocional para los padres, su entorno y para los profesionales involucrados en la atención, que pueden influir en los cuidados prestados. Dependiendo de las semanas de gestación, la frecuencia de presentación de la pérdida gestacional varía. Las pérdidas en el segundo y tercer trimestre suelen ser bastante inusuales, pero no por ello no debemos estar preparados y formados debidamente para actuar con seguridad, calidad y uniformidad entre los diferentes miembros del servicio. El no tener un protocolo establecido para el manejo de las pérdidas gestacionales y el consecuente duelo perinatal conlleva que se actúe según el criterio del profesional responsable en ese momento. Los diferentes estudios al respecto ponen de manifiesto un déficit de recursos personales, como son las habilidades de comunicación, y falta de formación específica del duelo perinatal. Esto conlleva actitudes poco adecuadas por parte del personal sanitario que dificultan el proceso de un duelo saludable a los padres y familiares.

RESULTADOS ESPERADOS

- Con este proyecto pretendemos proporcionar herramientas para formar a los profesionales involucrados y actuar uniformemente siguiendo unas pautas establecidas según las últimas evidencias científicas disponibles, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial.
- Proporcionar a las pacientes y sus familiares una asistencia personalizada y humanizada.
- Mediante un tríptico informativo, distribuido al alta, facilitar información y el contacto con grupos de apoyo
- Agilizar y mejorar la comunicación con matronas, psicólogos y psiquiatras del Centro de Salud.

MÉTODO

- Elaborar un protocolo de actuación ante la pérdida gestacional por trimestres y duelo perinatal.
- Elaboración de base de datos
- Establecer un circuito para enviar muestras recogidas durante el parto, incluyendo la derivación al centro de referencia, si procede.
- Reuniones/Seminarios/Sesiones clínicas periódicas hospitalarias y en Centros de Salud (incluyendo a médicos de atención primaria, ginecólogos, matronas, auxiliares de enfermería) para informar, unificar criterios y análisis de resultados de forma conjunta.
- Colaboración estrecha con servicio de psiquiatría y psicología del Centro de Salud.
- Proporcionar una atención personalizada a estas pacientes tomando las medidas oportunas para poder "identificar" y "aislar" a la paciente de las demás pacientes obstétricas del servicio.
- Proporcionar un tríptico informativo (sobre pérdida gestacional y duelo) a los padres al alta, para facilitar el seguimiento y el proceso del duelo adjuntando información de contacto de asociaciones especializadas en dicho tema.
- Realizar estudio de pruebas complementarias, si procede, en la visita post-alta.

INDICADORES

- Existencia de un protocolo específico en el servicio de ginecología y obstetricia
- Valoración del nivel de satisfacción de los profesionales sanitarios implicados en el proceso a modo de cuestionario.
- Valoración de la atención recibida por parte de los padres mediante un cuestionario en la consulta de revisión.

DURACIÓN

INICIO DEL PROYECTO: JUNIO 2018
- Elaboración del protocolo: Inicio en JUNIO 2018
- Sesiones hospitalarias y en Centros de Salud para difundir dicho protocolo y mejorar la comunicación entre las diferentes especialidades: Inicio SEPTIEMBRE 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0824

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PERDIDA GESTACIONAL Y DUELO PERINATAL

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 - 2018/1544

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE CARLOS FRANCO SERRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FARRER VELAZQUEZ MANUEL
GARCIA SIMON RAQUEL
PELLICER SORIA ANA MARIA
GIL LAFUENTE OSCAR
GONZALEZ MARQUETA MAXIMO
GRACIA COLERA DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se convocó y celebró una reunión en el mes de septiembre con matronas de Atención Primaria y especialistas de nuestro servicio en el Hospital.
2. En ella se estableció el circuito asistencial y las funciones de la matrona y del especialista en relación a la informatización de la cartilla del embarazo.
3. Se acordó que la primera visita de captación se realizara por la matrona de Atención Primaria de tal forma que la anamnesis inicial fuera realizada por ella. Y los formularios de seguimiento se utilizaran en las visitas sucesivas tanto por matrona, como por obstetra.
4. Se realizó formación del funcionamiento de la Cartilla de embarazo electrónico. Y se elaboró un pdf. que se remitió a los correos electrónicos del personal con las instrucciones de cómo utilizar la historia clínica electrónica.
5. Se entrega en cada consulta una copia impresa en papel a la paciente, de tal forma que si la gestante se encuentra en otra comunidad o centro en el que no se disponga de intranet, se pueda obtener toda la información obstétrica hasta la fecha.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido la implicación de todo el personal sanitario que asiste a la mujer gestante. Tanto matronas de Atención Primaria como especialistas obstetras están llevando a cabo la historia clínica electrónica. La puesta en marcha se llevó a cabo en octubre. Y se inició con las primeras visitas. Posteriormente en las sucesivas visitas se siguió completando la HCE en el formulario de seguimiento. Al haber iniciado la HCE en octubre, todavía no hay pacientes con todas las visitas introducidas en la HCE. Pero se prevé que en el mes de junio, todas las embarazadas tengan de forma exclusiva su cartilla de embarazo electrónica. Para ello la primera visita de captación es realizada por la matrona de Atención Primaria y se realiza una anamnesis completa. De esta forma cuando la paciente llega a la Consulta de Obstetricia, ya tiene la Cartilla de embarazo electrónica abierta. Posteriormente el especialista y la matrona en cada visita realizan un nuevo formulario de seguimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implicación y coordinación tanto de atención primaria como especializada en el seguimiento de la mujer gestante es imprescindible para un buen manejo de la misma. La realización de una HCE evita los problemas derivados del soporte en papel: desorden, falta de uniformidad, ilegibilidad, disponibilidad lenta, confidencialidad no garantizada, dificultad para tratar la información... La cartilla de embarazo permite la interoperabilidad entre los distintos profesionales que asisten a la paciente embarazada. Además en los casos de traslado de la paciente a otro centro por indicación médica o por traslado de la paciente a otra comunidad por razones personales, permite obtener la historia clínica del embarazo de manera sencilla y rápida, sin tener que hacer el trámite que se realizaba a través de Atención al Paciente.

7. OBSERVACIONES.

La demora en la puesta en marcha del proyecto ha hecho que se retrase el calendario previsto. Por lo que en junio de 2019 se prevé que se alcance el objetivo principal: Informatizar la historia clínica obstétrica de toda paciente gestante del Sector.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1544 ===== ***

Nº de registro: 1544

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1544

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

IMPLEMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:
FRANCO SERRANO CARLOS, FARRER VELAZQUEZ MANUEL, GARCIA SIMON RAQUEL, PELLICER SORIA ANA MARIA, GIL LAFUENTE OSCAR, CAÑIZARES OLIVER SILVIA, GONZALEZ MARQUETA MAXIMO, GRACIA COLERA DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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 .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

De todos es conocidos los problemas que plantea el soporte en papel de la Historia Clínica: desorden y falta de uniformidad en los documentos, ilegibilidad, disponibilidad lenta y rígida, una confidencialidad no garantizada, dificultad para tratar la información...

Por todo ello, se busca la unificación de la historia clínica en soporte electrónico con el fin de resolver los problemas anteriormente descritos y garantizar a ciudadanos y profesionales sanitarios el acceso a la documentación clínica para la atención sanitaria correcta.

La atención de la paciente gestante está encaminada a vigilar la evolución del proceso de gestación, de forma que sea posible prevenir factores de riesgo que puedan desencadenar complicaciones en el embarazo, aunque en ocasiones surge patología tanto materna como fetal, con la derivación a otros centros hospitalarios de referencia o que implican seguir conductas específicas durante el control prenatal y la asistencia del parto. Debido a que se trata de un proceso multidisciplinar, en ocasiones en distintos centros sanitarios e incluso en diferentes comunidades autónomas y países (migración, traslados de viviendas, periodos vacacionales) se propone la unificación de la historia clínica obstétrica en la Comunidad Autónoma.

En 2016 se elaboró un formulario específico en la HCE denominado "Cartilla de embarazo". Formulario que algunos sectores de la comunidad han ido incorporando a su método de trabajo habitual en la consulta de Obstetricia, pero que en nuestro sector no se ha formalizado. Es por lo que se elabora este proyecto para incorporar la HCE en la Consulta de Obstetricia en nuestro día a día.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal:

- Informatizar la Historia clínica obstétrica de toda paciente gestante del Sector de Calatayud.

Objetivos secundarios:

- Implicación de todo el personal sanitario (Matronas de Atención Primaria y Atención Especializada) en el proyecto.
- Establecer el circuito asistencial entre Atención Primaria y Especializada.
- Posibilidad de interoperabilidad entre los distintos centros hospitalarios de la Comunidad, con especial mención a aquellas pacientes que se canalizan al Hospital de referencia.

MÉTODO

1. Convocatoria y celebración de una reunión con matronas de Atención Primaria y Especialistas de nuestro Servicio para presentación de Proyecto.
2. Establecer el circuito asistencial y las funciones de la matrona y del especialista en relación a la informatización de la historia clínica.
 - Captación e inicio de la Cartilla del embarazo electrónica por matrona de Atención Primaria.
 - Seguimiento de la HCE por el especialista en las próximas visitas en la Consulta de Obstetricia.
3. Formación de personal sanitario que asiste a la embarazada en el funcionamiento de la HCE.
4. Entregar a la gestante una cartilla de embarazo actualizada en cada Consulta. De tal forma que la paciente disponga de toda la información del embarazo actual en caso de necesitarla en cualquier otra comunidad autónoma o incluso en cualquier otro país.

INDICADORES

Número de pacientes con primera visita electrónica.
Tasa de pacientes con HCE completa al finalizar el proceso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1544

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

DURACIÓN

El programa se plantea por un periodo de un año, tras el cual se debe haber conseguido el objetivo principal del proyecto.

Inicio del proyecto: Julio 2018.

- Elaboración de documento informativo para profesionales sanitarios y remisión a través del correo corporativo.

Inicio en Julio de 2018.

- Sesión hospitalaria y con Atención Primaria para formación relacionado con el funcionamiento de la HCE y

establecer circuito asistencial. Septiembre de 2018

- Aplicación de la HCE en todas las primeras visitas. Septiembre de 2018.

- Finalización de Proyecto y análisis de los datos. Junio de 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 - 2018/0521

1. TÍTULO

ELABORACION Y ACTUALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLOGICOS EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLASICOS ORALES

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ISABEL PAJARES BERNAD
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MALO YAGUE MARTA
JIMENEZ RUBIANO BERTA
ESCOBAR RAMON MARIA JESUS
MUÑOZ PEÑA CRISTINA
SOLORZANO GARRIDO MARIA PILAR
BLANCAS COSTEA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado las hojas informativas de los antineoplásicos orales utilizados en la consulta de onco-hematología desde mayo de 2018 hasta diciembre de 2018, incluyendo los siguientes fármacos: abidaterona, enzalutamida, lapatinib, capecitabina, ciclofosfamida, palbociclib, etoposido, sunitinib, gefitinib, imatinib, crizotinib, erlotinib, ciclofosfamida, vinorelbina, everolimus y dabrafenib. La información detallada incluida en cada diptico informativo es la referente a la posología, forma de administración, efectos secundarios, precauciones, mantenimiento, interacciones farmacológicas y conservación de los fármacos, utilizando un lenguaje fácilmente entendible.

Desde enero de 2019 hasta febrero de 2019, se ha procedido a la entrega de este material escrito a aquellos pacientes que iniciaban un tratamiento antineoplásico oral, al mismo tiempo que recibía la información verbal y previa a la dispensación del tratamiento en el servicio de farmacia de nuestro centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha procedido a la entrega de los dipticos informativos a un total de 16 pacientes, con un cumplimiento del tratamiento, de las pautas de posología, forma de administración y conservación en el 100% de los casos. En lo referente a efectos secundarios, precauciones e interacción el porcentaje, el cumplimiento ha sido del 87,5% (14 pacinetes/ 16 pacientes incluidos).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La administración de antineoplásicos orales aporta ventajas al paciente, dado que le permite una mayor autonomía y menor riesgo de complicaciones derivadas de accesos venosos. Esta autonomía implica un cumplimiento estricto y riguroso de las pautas médicas y farmacéuticas en domicilio. La información escrita en forma de dipticos mejora la adherencia al tratamiento y permite mejorar la actuación del paciente ante los efectos adversos derivados de la medicación.

7. OBSERVACIONES.

Posteriormente se remitiran los resultados definitivos con un mayor periodo de tiempo de inclusión y seguimiento de los pacientes en tratamiento con antineoplásicos orales.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/521 ===== ***

Nº de registro: 0521

Título
ELABORACION Y ACTUALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLOGICOS EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLASICOS ORALES

Autores:
PAJARES BERNAD ISABEL, URIARTE PINTO MOISES, MALO YAGUE MARTA, JIMENEZ RUBIANO BERTA MARIA, ESCOBAR RAMON MARIA JESUS, MUÑOZ PEÑA CRISTINA, SOLORZANO GARRIDO MARIA PILAR, BLANCAS COSTEA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: SEGURIDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0521

1. TÍTULO

ELABORACION Y ACTUALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLOGICOS EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLASICOS ORALES

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La atención farmacéutica al paciente onco-hematológico es una pieza clave en el proceso asistencial de estos pacientes.

En la actualidad el uso de fármacos antineoplásicos orales representa en torno al 25-30% de todos los agentes antitumorales utilizados.

La quimioterapia oral presenta ventajas para los pacientes ya que les confiere mayor autonomía, además de reducir el riesgo asociado al uso de vías centrales y catéteres.

Sin embargo, los antineoplásicos orales también suponen un reto para los profesionales sanitarios debido a varios motivos:

- Se debe asegurar una correcta adherencia al tratamiento (se sabe que la falta de adherencia es uno de los principales factores de fracaso terapéutico), no comprometida con la administración parenteral del tratamiento en Hospital de Día.
- La necesidad de establecer las correctas medidas de seguridad respecto al tratamiento de residuos tóxicos en el domicilio, motivado por la falsa sensación de inocuidad que genera el uso de la vía oral en un contexto que principalmente emplea la vía parenteral.
- Existe riesgo potencial de sobredosis accidental, al que hay que añadir las potenciales interacciones entre fármacos o fármacos-alimento.
- El propio paciente y/o sus cuidadores se implican en el tratamiento asumiendo la responsabilidad de la correcta administración, controlando la aparición de efectos adversos o alertando de posibles cambios en su medicación habitual que pueda interaccionar con su tratamiento antineoplásico.

A lo mencionado anteriormente, se debe sumar el impacto psicológico que supone el diagnóstico de estas patologías en estos pacientes, a los que además se les facilita mucha información por muchos profesionales diferentes.

Por todo ello, debemos proporcionar una correcta y completa información a los pacientes, además de intentar garantizar su correcta comprensión.

Disponer de información por escrito sobre los tratamientos que va a recibir, ayudará a los pacientes a comprender dicha información y, sobre todo, disponer de ella posteriormente cuando le puedan surgir dudas.

Por ello, con la colaboración de los servicios de Farmacia, Oncología y Hematología estamos trabajando en la elaboración y actualización de hojas estandarizadas de información al paciente (dípticos) para ser entregadas a los pacientes que inician tratamiento con fármacos antineoplásicos orales.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaborar y actualizar hojas estandarizadas de información para ser entregadas a los pacientes que inician tratamiento con fármacos antineoplásicos orales.

Las hojas incluirán información consensuada que describa las principales características del fármaco para asegurar su correcta administración y que permitan reconocer los principales efectos adversos, condiciones de conservación, etc. Todo ello con un lenguaje fácilmente comprensible.

MÉTODO

- Elaboración de las hojas de información de los nuevos antineoplásicos orales.
- Actualización de las ya existentes.
- Informar tanto de forma oral como escrita, mediante la entrega de los dípticos a los pacientes, en el propio acto de dispensación de la medicación en el Servicio de Farmacia a los pacientes que inician un nuevo tratamiento oral.

INDICADORES

- Informar al 100% de los pacientes con inicio de tratamiento o con cambio de antineoplásicos orales.
- o Pacientes informados que inician tratamiento con antineoplásicos orales o que cambian de tratamiento / Total de pacientes que inician tratamiento con antineoplásicos orales o que cambian de tratamiento.
- o Mínimo: 90%
- o Máximo: 100%

DURACIÓN

La duración del proyecto es anual.

El calendario previsto será el siguiente:

Abril-Mayo: elaboración y actualización de los dípticos.

Junio-Diciembre: Entrega de información a los pacientes.

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 - 2018/0521

1. TÍTULO

ELABORACION Y ACTUALIZACION DE DIPTICOS INFORMATIVOS PARA PACIENTES ONCO-HEMATOLOGICOS EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLASICOS ORALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1166

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIA SANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE BERTA JIMENEZ RUBIANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLANCAS COSTEA ANA MARIA
SERRANO GARCIA CRISTINA
MOLINA MORENO JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la puesta en marcha del programa de asistencia telefónica, se han recibido un total de 30 llamadas únicamente, distribuidas en los 2 primeros meses desde el inicio del proyecto. Realizamos encuesta de satisfacción a todos los usuarios que identificamos y que acudieron en el 100% de los casos a los Servicios de Urgencias, clasificamos dichas consultas en las tres categorías referidas en el proyecto inicial (mal control de síntomas, toxicidad a los tratamientos o claudicación del paciente y/o familiares) y las correlacionamos con el porcentaje de pacientes que finalmente ingresaron por presentar criterios de gravedad. Finalmente, proponemos diferentes estrategias de mejora en la calidad asistencial del paciente onco-hematológico.-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con la puesta en marcha del proyecto, realizamos difusión del mismo mediante dípticos informativos y a través de la Radio (SER Calatayud) para que todos los pacientes que reciben tratamiento o son seguidos en nuestro Centro conociesen la disponibilidad de esta herramienta de soporte. En el caso de los dípticos, fueron entregados a todos los pacientes durante su primera visita en el Servicio de Oncología Médica o a aquellos que recibían tratamiento activo antineoplásico o Cuidados Paliativos. Como hemos comentado en el apartado anterior, se han realizado aproximadamente 30 llamadas, concentradas fundamentalmente en los meses de Julio y Agosto. Posteriormente, el número de llamadas recibidas ha ido decreciendo (1 o 2 en el mes de Diciembre de 2018), no habiéndose registrado ninguna desde el mes de Enero de 2019. En el 97% de los casos, los pacientes fueron remitidos al Servicio de Urgencias de nuestro Centro. No recibimos ningún correo desde el equipo de soporte de Oncocare para evaluación preferente de los pacientes. El 95% de los pacientes realizaron la encuesta de satisfacción, puntuando la asistencia recibida. El grado de satisfacción es muy bajo hasta el momento actual (65% del total de los pacientes puntuaron el Servicio con un 2 o poco satisfecho, 15% nada satisfechos y el 20% restante lo calificó como aceptable o indiferente, siendo la puntuación de 3).. Hemos distribuido los principales motivos de consulta en los 3 apartados descritos con anterioridad: 65% por mal control de síntomas, principalmente dolor y disnea, y el 35% restante por toxicidad a los tratamientos recibidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de que el programa de asistencia telefónica Oncocare ha sido implantado con éxito en 15 Centros sanitarios de todo el país y su puntuación global, valorada por los pacientes es de 8,9, en nuestro caso, podemos concluir hasta el momento actual (aún no ha finalizado el periodo previsto de análisis) que no ha modificado ni impactado de forma significativa en la calidad de vida de nuestros pacientes. Ningún caso se resolvió telefónicamente y todos los pacientes salvo 1, acudieron finalmente al Servicio de Urgencias. Dada la complejidad creciente del manejo del paciente oncológico con la introducción de la inmunoterapia y terapias dirigidas deducimos, en base a la escasa adherencia a dicho Servicio de asistencia telefónica, que los pacientes prefieren la asistencia física y preferiblemente por un oncólogo médico. Los facultativos que pertenecen a dicho sistema de apoyo telefónico no son especialistas en Oncología Médica, y este puede ser un punto importante de mejora, ya que los facultativos adscritos al programa son F.E.As de Atención Primaria y Comunitaria. Desconocemos si el tratarse de un área de asistencia fundamentalmente rural con importante dispersión geográfica ha sido un factor determinante en la no adherencia al servicio de asistencia. En base a estos resultados y la ausencia de impacto en la calidad de vida de los pacientes, proponemos la existencia de dicho Servicio pero al frente de especialistas de Oncología Médica (guardias no presenciales...) y la creación de una Consulta de Enfermería Oncológica que filtre y estandarice las necesidades y cuidados de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

Dada la escasa adherencia observada, insistiremos en la difusión por parte de nuestro Servicio, tanto por parte de los FEA, DUE y TACE y realizaremos una encuesta a los pacientes que reciben tratamiento oncológico activo para valorar la idoneidad de permanencia de dicho Servicio y las propuestas de mejora en la asistencia de este grupo especial de pacientes de manejo tan complejo. Los resultados serán comunicados en la memoria final del proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1166 ===== ***

Nº de registro: 1166

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1166

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIA SANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

Título

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIA SANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

Autores:

JIMENEZ RUBIANO BERTA MARIA, BLANCAS COSTEA ANA MARIA, SERRANO GARCIA CRISTINA, MOLINA MORENO JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El manejo del paciente onco/hematológico resulta cada vez más complejo, debiéndose este hecho a múltiples causas como por ejemplo el empleo de nuevos fármacos (inmunoterapia o nuevas terapias dirigidas), el distrés emocional que genera el diagnóstico, la presencia de múltiples síntomas fundamentalmente en las fases más avanzadas de la enfermedad y la toxicidad secundaria a los tratamientos empleados. Para el correcto manejo de estos pacientes, es fundamental la colaboración entre los especialistas implicados en los diferentes niveles asistenciales (oncólogos, personal de enfermería y auxiliares, facultativos del Servicio de Urgencias o del equipo de Atención P^a, etc). A pesar de lo anterior y del rápido acceso o disponibilidad de los recursos sanitarios en nuestro medio, tanto el paciente como sus familiares se enfrentan diariamente a situaciones en gran medida desconocidas y complejas para ellos que generan importantes dudas y disconfort. La ausencia de información, la dispersión geográfica que caracteriza a nuestro Sector Sanitario, las dificultades sociales o la falta de soporte familiar, pueden provocar situaciones en la que el paciente y/o sus familiares no identifiquen una situación que constituya una urgencia oncológica aunque presenten dudas al respecto, o por el contrario, acudir innecesariamente a los Servicios de Urgencias por motivos que podrían solventarse fácilmente mediante una consulta al Médico de Atención Primaria o con una sencilla modificación del tratamiento de soporte. Por todo ello y como una herramienta más de soporte al paciente onco/hematológico, surge la iniciativa ONCOCARE o teléfono de 24 horas de atención al paciente oncológico. De esta forma, a través de este sistema se tiene acceso durante los 365 días del año a profesionales sanitarios con formación específica en atención continuada de pacientes con cáncer. De este modo, los usuarios pueden resolver sus dudas sobre ciertos aspectos de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento, cuestiones sobre nutrición o para recibir ayuda emocional. Ante cualquier duda relativa al diagnóstico o tratamiento directo de la enfermedad (quimioterapia, radioterapia, cirugía, pruebas diagnósticas) o ante cualquier sintomatología grave, el equipo médico de Oncocare derivará al paciente de forma directa al servicio de Oncología del propio hospital o, en caso de riesgo vital, al servicio de Urgencias. Este programa ya ha sido implantado en 15 centros sanitarios de todo el país, con un registro total de 5.430 llamadas recibidas. El 64% de las consultas se resuelve en la propia llamada y los usuarios le otorgan una puntuación del 8,9. El Hospital de Calatayud es el primero en Aragón en incorporar este servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

- Determinar el impacto del programa de asistencia telefónica 24 horas ONCOCARE en la calidad de vida de los pacientes onco/hematológicos.
- Determinar el porcentaje de pacientes remitidos al Servicio de Urgencias o a la Unidad de de Oncología Médica de forma preferente (casos graves o que requieren una actuación preferente por parte del oncólogo).
- Identificar y clasificar los motivos más frecuentes de consulta por parte del paciente y/o familiares, y en base a dichos resultados, establecer posibles objetivos o puntos de mejora.

MÉTODO

- Realización de una encuesta de satisfacción a todos los usuarios que hayan empleado el servicio de asistencia sanitaria continuada. Dicha encuesta es libre y voluntaria. Los pacientes han de cuantificar el grado de satisfacción con el sistema de asistencia telefónica ONCOCARE, asignando una puntuación cuyos valores que se encuentran entre el 1 (nada satisfecho) y el 5 (absolutamente satisfecho).
- Clasificación de las llamadas recibidas en tres categorías de aplicación práctica: toxicidad a los tratamientos, mal control de síntomas (dolor, disnea, etc.) y claudicación o distrés emocional.
- Correlación de dichos resultados con la práctica clínica habitual, estableciendo el porcentaje de urgencias reales o casos preferentes identificados mediante el sistema de asistencia telefónica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1166

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIA SANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

-En función de la prevalencia de los diferentes motivos de consulta, podemos plantear estrategias de mejora, como por ejemplo información escrita y detallada sobre los diferentes fármacos empleados si el mayor porcentaje de consultas recayese o lo constituyesen las dudas sobre las toxicidades al tratamiento y su manejo.

INDICADORES

Realización de la encuesta al 100% de los usuarios que hacen uso del sistema
-Número de pacientes cuyo grado de satisfacción es igual o superior a 4 dividido entre el total de pacientes a los que se les ha realizado la encuesta x 100. Favorable si = 75%
-Porcentaje de pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias o son remitidos a Oncología Médica con carácter preferente tras realizar la consulta telefónica. Se expresará el porcentaje con respecto al 100% de los pacientes que hacen uso del sistema.

DURACIÓN

Es un proyecto anual que entrará en vigor en Junio de 2018 hasta Junio de 2019. Exposición de los resultados en Julio de 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 - 2018/1166

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIASANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE ALPACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDADDE VIDA DE LOS PACIENTES

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE BERTA JIMENEZ RUBIANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLANCAS COSTEA ANA MARIA
SERRANO GARCIA CRISTINA
MOLINA MORENO JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la puesta en marcha del programa de asistencia telefónica, se han recibido un total de 42 llamadas únicamente, distribuidas entre los 2 primeros meses desde el inicio del proyecto y posteriormente tras realizar mayor difusión del procedimiento, los 3 meses posteriores al mismo. Realizamos encuesta de satisfacción a todos los usuarios que identificamos y que acudieron en el 100% de los casos a los Servicios de Urgencias, clasificamos dichas consultas en las tres categorías referidas en el proyecto inicial (mal control de síntomas, toxicidad a los tratamientos o claudicación del paciente y/o familiares) y las correlacionamos con el porcentaje de pacientes que finalmente ingresaron por presentar criterios de gravedad. Finalmente, proponemos diferentes estrategias de mejora en la calidad asistencial del paciente onco-hematológico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con la puesta en marcha del proyecto, realizamos difusión del mismo mediante dípticos informativos y a través de la Radio (SER Calatayud) para que todos los pacientes que reciben tratamiento o son seguidos en nuestro Centro conociesen la disponibilidad de esta herramienta de soporte. En el caso de los dípticos, fueron entregados a todos los pacientes durante su primera visita en el Servicio de Oncología Médica o a aquellos que recibían tratamiento activo antineoplásico o Cuidados Paliativos. Como hemos comentado en el apartado anterior, se han realizado aproximadamente 42 llamadas, concentradas fundamentalmente en los meses de Julio y Agosto, y posteriormente en el último trimestre del año. Posteriormente, el número de llamadas recibidas ha ido decreciendo (2 en el mes de Diciembre de 2018 y último trimestre de 2019), no habiéndose registrado ninguna desde el mes de Noviembre de 2019. En el 97% de los casos, los pacientes fueron remitidos al Servicio de Urgencias de nuestro Centro. No recibimos ningún correo desde el equipo de soporte de Oncocare para evaluación preferente de los pacientes. El 95% de los pacientes realizaron la encuesta de satisfacción, puntuando la asistencia recibida. El grado de satisfacción es muy bajo hasta el momento actual (65% del total de los pacientes puntuaron el Servicio con un 2 o poco satisfecho, 15% nada satisfechos y el 20% restante lo calificó como aceptable o indiferente, siendo la puntuación de 3).. Hemos distribuido los principales motivos de consulta en los 3 apartados descritos con anterioridad: 65% por mal control de síntomas, principalmente dolor y disnea, y el 35% restante por toxicidad a los tratamientos recibidos. A pesar de que el programa de asistencia telefónica Oncocare ha sido implantado con éxito en 15 Centros sanitarios de todo el país y su puntuación global, valorada por los pacientes es de 8,9, en nuestro caso, podemos concluir hasta el momento actual (aún no ha finalizado el periodo previsto de análisis) que no ha modificado ni impactado de forma significativa en la calidad de vida de nuestros pacientes. Ningún caso se resolvió telefónicamente y todos los pacientes salvo 1, acudieron finalmente al Servicio de Urgencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dada la complejidad creciente del manejo del paciente oncológico con la introducción de la inmunoterapia y terapias dirigidas deducimos, en base a la escasa adherencia a dicho Servicio de asistencia telefónica, que los pacientes prefieren la asistencia física y preferiblemente por un oncólogo médico. Los facultativos que pertenecen a dicho sistema de apoyo telefónico no son especialistas en Oncología Médica, y este puede ser un punto importante de mejora, ya que los facultativos adscritos al programa son F.E.As de Atención Primaria y Comunitaria. Desconocemos si el tratarse de un área de asistencia fundamentalmente rural con importante dispersión geográfica ha sido un factor determinante en la no adherencia al servicio de asistencia. En base a estos resultados y la ausencia de impacto en la calidad de vida de los pacientes, proponemos la existencia de dicho Servicio pero al frente de especialistas de Oncología Médica (guardias no presenciales...) y la puesta en marcha de una Consulta de Enfermería Oncológica que filtre y estandarice las necesidades y cuidados de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

La consulta de Enfermería oncológica se pone en marcha el próximo mes, con el objetivo de disminuir las visitas no necesarias al Servicio de Urgencias y por ende, impactar de manera positiva en nuestros pacientes.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1166 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1166

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIASANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDADDE VIDA DE LOS PACIENTES

Nº de registro: 1166

Título
IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIA SANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

Autores:
JIMENEZ RUBIANO BERTA MARIA, BLANCAS COSTEA ANA MARIA, SERRANO GARCIA CRISTINA, MOLINA MORENO JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El manejo del paciente onco/hematológico resulta cada vez más complejo, debiéndose este hecho a múltiples causas como por ejemplo el empleo de nuevos fármacos (inmunoterapia o nuevas terapias dirigidas), el estrés emocional que genera el diagnóstico, la presencia de múltiples síntomas fundamentalmente en las fases más avanzadas de la enfermedad y la toxicidad secundaria a los tratamientos empleados.
Para el correcto manejo de estos pacientes, es fundamental la colaboración entre los especialistas implicados en los diferentes niveles asistenciales (oncólogos, personal de enfermería y auxiliares, facultativos del Servicio de Urgencias o del equipo de Atención P³, etc). A pesar de lo anterior y del rápido acceso o disponibilidad de los recursos sanitarios en nuestro medio, tanto el paciente como sus familiares se enfrentan diariamente a situaciones en gran medida desconocidas y complejas para ellos que generan importantes dudas y disconfort. La ausencia de información, la dispersión geográfica que caracteriza a nuestro Sector Sanitario, las dificultades sociales o la falta de soporte familiar, pueden provocar situaciones en la que el paciente y/o sus familiares no identifiquen una situación que constituya una urgencia oncológica aunque presenten dudas al respecto, o por el contrario, acudir innecesariamente a los Servicios de Urgencias por motivos que podrían solventarse fácilmente mediante una consulta al Médico de Atención Primaria o con una sencilla modificación del tratamiento de soporte.
Por todo ello y como una herramienta más de soporte al paciente onco/hematológico, surge la iniciativa ONCOCARE o teléfono de 24 horas de atención al paciente oncológico. De esta forma, a través de este sistema se tiene acceso durante los 365 días del año a profesionales sanitarios con formación específica en atención continuada de pacientes con cáncer. De este modo, los usuarios pueden resolver sus dudas sobre ciertos aspectos de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento, cuestiones sobre nutrición o para recibir ayuda emocional. Ante cualquier duda relativa al diagnóstico o tratamiento directo de la enfermedad (quimioterapia, radioterapia, cirugía, pruebas diagnósticas) o ante cualquier sintomatología grave, el equipo médico de Oncocare derivará al paciente de forma directa al servicio de Oncología del propio hospital o, en caso de riesgo vital, al servicio de Urgencias.
Este programa ya ha sido implantado en 15 centros sanitarios de todo el país, con un registro total de 5.430 llamadas recibidas. El 64% de las consultas se resuelve en la propia llamada y los usuarios le otorgan una puntuación del 8,9. El Hospital de Calatayud es el primero en Aragón en incorporar este servicio.

RESULTADOS ESPERADOS
-Determinar el impacto del programa de asistencia telefónica 24 horas ONCOCARE en la calidad de vida de los pacientes onco/hematológicos.
-Determinar el porcentaje de pacientes remitidos al Servicio de Urgencias o a la Unidad de de Oncología Médica de forma preferente (casos graves o que requieren una actuación preferente por parte del oncólogo).
-Identificar y clasificar los motivos más frecuentes de consulta por parte del paciente y/o familiares, y en base a dichos resultados, establecer posibles objetivos o puntos de mejora.

MÉTODO
-Realización de una encuesta de satisfacción a todos los usuarios que hayan empleado el servicio de asistencia sanitaria continuada. Dicha encuesta es libre y voluntaria. Los pacientes han de cuantificar el grado de satisfacción con el sistema de asistencia telefónica ONCOCARE, asignando una puntuación cuyos valores que se encuentran entre el 1 (nada satisfecho) y el 5 (absolutamente satisfecho).
-Clasificación de las llamadas recibidas en tres categorías de aplicación práctica: toxicidad a los tratamientos, mal control de síntomas (dolor, disnea, etc.) y claudicación o estrés emocional.
-Correlación de dichos resultados con la práctica clínica habitual, estableciendo el porcentaje de urgencias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1166

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIASANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE ALPACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDADDE VIDA DE LOS PACIENTES

reales o casos preferentes identificados mediante el sistema de asistencia telefónica.
-En función de la prevalencia de los diferentes motivos de consulta, podemos plantear estrategias de mejora, como por ejemplo información escrita y detallada sobre los diferentes fármacos empleados si el mayor porcentaje de consultas recayese o lo constituyesen las dudas sobre las toxicidades al tratamiento y su manejo.

INDICADORES

Realización de la encuesta al 100% de los usuarios que hacen uso del sistema
-Número de pacientes cuyo grado de satisfacción es igual o superior a 4 dividido entre el total de pacientes a los que se les ha realizado la encuesta x 100. Favorable si = 75%
-Porcentaje de pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias o son remitidos a Oncología Médica con carácter preferente tras realizar la consulta telefónica. Se expresará el porcentaje con respecto al 100% de los pacientes que hacen uso del sistema.

DURACIÓN

Es un proyecto anual que entrará en vigor en Junio de 2018 hasta Junio de 2019. Exposición de los resultados en Julio de 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 - 2018/0196

1. TÍTULO

CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS CRITICAS EN EL PERIODO NEONATAL

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE BEATRIZ ROMERA SANTA BARBARA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ERNEST LLUCH
- Localidad CALATAYUD
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GALLEGO VELA SANTIAGO
PARRA FORMENTO JESUS
LAFUENTE HIDALGO MIGUEL
MARTINEZ ANDALUZ CARLA
MARTINEZ BENEDI MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con fecha 2/4/2018 se realiza una reunión entre el servicio de Pediatría y el servicio de enfermería para explicar la implantación del cribado de cardiopatías críticas a todos los recién nacidos. Para ello se realiza un protocolo, se cuelgan varios carteles por la planta con el algoritmo de actuación y se explica al personal de enfermería cómo se ha de realizar el protocolo. Nos han facilitado dos pulsioxímetros que ya llevan incorporado el software para realizar directamente la medición, y se establece que se realizará a las 24h de vida de los recién nacidos, y se dejarán recogidos los datos de forma informática.

La semana siguiente se explica la implantación del protocolo a los pediatras de atención primaria y se comunica que el resultado llegará sellado en la cartilla de vacunación. A partir del 11/4/2018 comenzamos a realizarlo a todos los recién nacidos.

Previo a la realización de la prueba se explica a los familiares en qué consiste la prueba, el carácter inocuo de la misma y como interpretar los resultados, y al alta se comunica a los padres el resultado de la misma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se consiguió realizar el cribado de cardiopatía congénita crítica a 167 recién nacidos durante el periodo del 11 de abril de 2018 al 8 de febrero de 2019, de los cuales el 55,68% eran mujeres, y el 44,32% restante eran varones. El resultado dio negativo en el 100% de los neonatos estudiados, si bien el 80,5% lo hizo en primera medición, el 15,5% dio negativo en la segunda medición y el otro 4% hubo que realizar hasta 3 mediciones para que saliera el resultado negativo.

Un 3% de los pacientes fueron remitidos para estudio por cardiología al diagnosticarse soplo neonatal, con resultado negativo del test de cribado, y que también dio resultado negativo al realizar el test de cribado en el centro de referencia.

La saturación preductal media fue de 96,41% y la postductal media fue de 97,37%. La diferencia de saturación pre y postductal estuvo entre 0-1% en el 50% de los pacientes, entre 1-2% en el 25,7% y entre 2-3% en el 24,3% de los neonatos estudiados. Los indicadores utilizados

El primer indicador, que fue número de recién nacidos a los que se realiza la toma de pulsioximetría/ número total de recién nacidos vivos, se ha cumplido en el 98,8% de los casos, superando el estándar previsto. Los otros 2 indicadores no se han podido evaluar, al ser todos los resultados negativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Desde la implantación del protocolo, ha sido un cribado ampliamente aceptado por todo el personal y sin complicaciones en cuanto a la aplicación.

Dado que la muestra de recién nacidos todavía no es muy numerosa, los resultados deben interpretarse con cautela. La aplicación de dicho cribado neonatal ayuda a mejorar la asistencia a los recién nacidos, además de la satisfacción obtenida por parte de las familias. Es una técnica fácil de realizar y con resultados sencillos de interpretar, sin aumentar los costes, ya que el pulsioxímetro es un dispositivo necesario en cualquier planta de pediatría.

Debemos continuar realizando dicho cribado para asegurar una completa asistencia a los recién nacidos, ampliar la muestra para continuar con el estudio y poder detectar cardiopatías que precisarían diagnóstico y tratamiento precoz, para así disminuir la mortalidad neonatal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/196 ===== ***

Nº de registro: 0196

Título
CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS CRITICAS EN EL PERIODO NEONATAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0196

1. TÍTULO

CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS CRITICAS EN EL PERIODO NEONATAL

Autores:
ROMERA SANTA BARBARA BEATRIZ, GALLEGO VELA SANTIAGO, PARRA FORMENTO JESUS, LAFUENTE HIDALGO MIGUEL, MARTINEZ ANDALUZ CARLA, MARTINEZ BENEDI ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología ...: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
Otro Tipo Patología: cardiopatías congénitas críticas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las cardiopatías congénitas críticas son una patología muy grave que afecta a los recién nacidos, y que precisa un diagnóstico precoz, que permita iniciar tratamiento en las primeras horas de vida, y evitar el fallecimiento del recién nacido.

la incidencia de cardiopatías congénitas es de 75/1000 recién nacidos vivos, y el 30% de dichas cardiopatías se detecta tardíamente.

Es importante tanto su diagnóstico prenatal, como posnatal muy precoz; sin embargo, tanto el diagnóstico por ecocardiografía fetal como la exploración física del recién nacido pueden ser insuficientes para diagnosticar un número importante de estas cardiopatías. El cribado de cardiopatías congénitas críticas mediante el uso de pulsioximetría ha demostrado ser un método eficaz, no invasivo y de bajo coste, además de bien tolerado, para detectar a recién nacidos asintomáticos y afectados de dichas cardiopatías en las primeras horas después del nacimiento.

Dicho cribado ha sido recomendado en los estándares de la sociedad española de neonatología y se está implantando de forma progresiva en todos los hospitales de la comunidad.

Consiste en la colocación de un pulsioxímetro preductal (mano derecha del recién nacido) y postductal (mano izquierda, o cualquiera de las extremidades inferiores), entorno a las 24 horas de vida, valorando los niveles de saturación de oxígeno.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo consiste en detectar aquellos recién nacidos asintomáticos, con cardiopatía congénita crítica no detectada en diagnóstico prenatal y que se beneficiaran de un diagnóstico y tratamiento precoz.

Se aplicará a todos los recién nacidos de la Unidad de Pediatría y Materno-infantil, que nazcan entre los periodos del 1/5/2018 al 1/5/2019.

MÉTODO

Para la aplicación del protocolo será necesario la monitorización de la saturación de oxígeno por pulsioximetría entorno a las 24h de vida de todos los recién nacidos de la unidad.

Para ello serán necesarias sensores de oximetría neonatales, que se acoplen a los pulsioxímetros de la unidad, y que sean desechables. Se establecerá como normal una saturación de es=95% en mano derecha y pie o=95% en alguna de las extremidades y la diferencia es =3% entre ambas localizaciones .

El valor absoluto de positividad en saturación es<90% en mano derecha o pie, o ante la presencia de síntomas. En esta situación el recién nacido será trasladado a la unidad de cardiología infantil de referencia (H. Infantil Miguel Servet) para valoración ecográfica urgente-preferente.

Si los valores se encuentran entre el 90 y el 94% en mano derecha o pie, o la diferencia entre ambos es>3%, repetir en 30 minutos. Si tras la segunda determinación el recién nacido sigue presentando una saturación del 90-94% en mano derecha o pie, o una diferencia entre ambos>3%, se considerará positivo, y precisará valoración por cardiología infantil.

Previo a la instauración del protocolo, el algoritmo de actuación se explicará a todo el personal de la unidad, así como a los pediatras de los centros de salud del sector, para que sean informados de su implantación, y del manejo de los pacientes. Se realizará formación del personal de enfermería encargado de la realización de dicha valoración.

El valor obtenido de pulsioximetría quedará registrado en la cartilla de salud Infantil que se les entrega a los padres, así como la fecha de realización.

Cada 3 meses, se realizará reunión entre la supervisora de enfermería y la coordinadora del proyecto, para registrar incidencias.

Se realizará un registro anual de los datos obtenidos.

INDICADORES

- 1.- Número de recién nacidos a los que se realiza la toma de pulsioximetría/ número total de recién nacidos vivos
- 2.- Número de recién nacidos con prueba positiva/ número total de recién nacidos vivos
- 3.-Número de recién nacidos con cardiopatía confirmada posteriormente por ecocardiografía /número de recién

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0196

1. TÍTULO

CRIBADO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS CRITICAS EN EL PERIODO NEONATAL

nacidos con prueba positiva

DURACIÓN

Se comenzará a implantar la realización de pulsioximetría y el registro el 2/5/2018. previa a esta fecha, se dará un curso de formación para enfermería y se hará una reunión con los pediatras de atención primaria del sector para que conozcan la implantación del registro.

A los 3 meses se realizará reunión con la responsable de enfermería para valoración y resolución de problemas que hayan surgido.

a los 6 meses, una evaluación provisional de resultados,

A los 12 meses, nueva evaluación memoria con los datos obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0066

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON LESIONES POR PRESION Y HERIDAS CRONICAS MEDIANTE DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO. LA IMPLANTACION

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GARCIA AGUIRRE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LASTRA VILLAR ROCIO
SAEZ AGUDO FELICIDAD
CERDAN MORENO LAURA
DE MARCO MURO CRISTINA
GARCIA TOBAJAS EVA MARIA
PARDO HERNANEZ MARIA PILAR
LABORDA HIGES FATIMA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto se ha realizado a través de la Comisión de enfermería de lesiones por presión y heridas crónicas del Sector Calatayud, para ello se han mantenido las siguientes reuniones:

- 6 de marzo 2018
- 19 de marzo 2018
- 10 de abril 2018
- 17 de abril 2018
- 24 de abril 2018
- 8 de mayo 2018
- 15 de mayo 2018

Método de trabajo:

- Planificación, distribución de tareas, búsqueda bibliográfica y elaboración de un primer borrador del documento.
- Lectura y revisión continua del documento actualizando las últimas evidencias científicas.
- Se realiza una revisión de los registros enfermeros actuales "seguimiento y evolución de lesiones por presión" y se implanta un nuevo registro relacionado con las medidas preventivas "cambios posturales personalizados". Elaboración de un "protocolo de bolsillo" para facilitar la consulta de todos los profesionales enfermeros.
- Revisión y actualización de guía de productos disponibles en el Sector para cura de LPP y heridas crónicas
- Elaboración de una guía de prevención y tratamiento de LPP y heridas crónicas para profesionales de nueva incorporación en el hospital.
- Aprobación del Protocolo de Prevención y tratamiento de lesiones por presión (LPP) y heridas crónicas en comisión de dirección.
- Preparación de la actividad formativa para la difusión e implantación del protocolo en el Sector.
- Realización del curso el 29 de mayo. Acreditado por la comisión de formación continuada con 0.8 créditos al que se inscribieron 53 profesionales del Sector y lo realizaron 30. Debido al gran número de inscripciones, se celebrará una segunda edición en 2019 para formar al resto del personal inscrito en la primera edición.
- Se mantienen varias reuniones de equipo con todas las supervisoras del Hospital para informar de la puesta en marcha y aprobación del protocolo. Cada supervisora reúne a su vez al personal de su unidad para darlo a conocer.
- Difusión como noticia en la intranet del hospital para darlo a conocer a todos los profesionales (mayo 2018)
- Inclusión en el apartado de "Enfermería", "procedimientos" en la intranet para facilitar su consulta, lectura o impresión a todos los profesionales (mayo 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

CONTRATO PROGRAMA 2018/ EVALUACIÓN

INDICADOR 1:

Definición:

Proporción de pacientes con riesgo de lesión por presión (Norton =14) que han desarrollado una lesión por presión (LPP Intrahospitalarias)

Fórmula $\frac{a}{b} \cdot 100$:

a) N° de pacientes que han desarrollado una LPP intrahospitalaria con Norton =14

b) N° de pacientes con hospitalizados con Norton = 14 (hojas de registro y seguimiento de LPP en el periodo de evaluación) (Entre el 1 de Enero y 30 Noviembre anual)

Fuente: 1º- Hojas de registro y seguimiento de LPP (296 Hojas en 2018)

Monitorizado: Base de datos Supervisora de Calidad Asistencial

Periodicidad:Anual

Interpretación: Seguridad

Estándar: 3 - 10 %

EL RESULTADO EN 2019 HA SIDO 9,8% (25/254 x 100)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0066

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON LESIONES POR PRESION Y HERIDAS CRONICAS MEDIANTE DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO. LA IMPLANTACION

INDICADOR 2:

Nº de profesionales formados en la prevención y tratamiento de LPP y heridas crónicas:

- Actividad formativa acreditada dirigida al personal de enfermería del Sector el 29 de Mayo: 30 alumnos.
- Talleres formativos en unidad de MI del hospital para personal continuo y de nueva incorporación.

Junio: 30 alumnos

- Sesiones clínicas en AP: 50

TOTAL: 110 PROFESIONALES FORMADOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA IMPLANTACIÓN Y DIFUSIÓN MEDIANTE LA FORMACIÓN, DE ESTE PROTOCOLO HA SUPUESTO UNA MEJORA EN LOS RESULTADOS DEL INDICADOR 1 (14,19 % EN 2017 Y 9,8% EN 2018). EL GRAN NÚMERO DE PROFESIONALES FORMADOS Y LA DEMANDA HACE NECESARIO REPETIR LAS ACTIVIDADES FORMATIVAS EN 2019.

TAMBIÉN SE HAN DADO A CONCOER GUÍAS DE MATERIALES Y DE USO DE MATERIALES PARA FACILITAR Y MEJORAR SU USO EN EL CUIDADO Y TRATAMIENTO DE LAS LESIONES POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/66 ===== ***

Nº de registro: 0066

Título

MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON LESIONES POR PRESION Y HERIDAS CRONICAS MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO

Autores:

GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR, LASTRA VILLAR ROCIO, SAEZ AGUDO FELICIDAD, CERDAN MORENO LAURA, DE MARCO MURO CRISTINA, GARCIA TOBAJAS EVA MARIA, PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR, LABORDA HIGES FATIMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La prevención, tratamiento y curación de las heridas forma en nuestros días, un pilar fundamental en la práctica enfermera siendo prioridad en investigación, formación y gestión por parte de los profesionales de enfermería. Las lesiones por presión y heridas crónicas constituyen un problema de salud que afecta a una amplia población de edades diversas, conlleva un importante gasto económico e implicación social afectando en diversa medida a la calidad de vida del paciente y su entorno.

El abordaje de estas heridas a través de la elaboración, implantación y difusión de un protocolo único en el Sector asegura la disminución de la variabilidad clínica y el buen uso de los recursos disponibles, consiguiendo que las heridas crónicas de muy larga evolución dejen de serlo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Normalizar los cuidados para la prevención y tratamiento de las LPP y heridas crónicas de acuerdo a las últimas evidencias científicas, favoreciendo la continuidad de los cuidados entre los distintos niveles asistenciales.

- Disminuir la incidencia de las LPP y heridas crónicas como indicador de calidad de los cuidados enfermeros.

- Implementar una herramienta de trabajo unificada para todos los profesionales del Sector de Calatayud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0066

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION AL PACIENTE CON LESIONES POR PRESION Y HERIDAS CRONICAS MEDIANTE DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO. LA IMPLANTACION

MÉTODO

- Reuniones de la comisión de LPP del sector para planificar, distribuir tareas, búsqueda bibliográfica y elaboración del protocolo de prevención y tto de LPP y heridas crónicas.
- Actualización de registros enfermeros relacionados con las medidas preventivas de las LPP (cambios posturales personalizados)
- Difundir e informar sobre uso y manejo de materiales para cura de heridas del sector (guía de materiales)
- Consolidación de la consulta de enfermería quirúrgica en el hospital Ernest Lluch en el tratamiento y seguimiento de LPP y heridas crónicas.
- Difusión del protocolo mediante talleres dirigidos a los profesionales de enfermería del sector Calatayud.

INDICADORES

1º-Indicador: Porcentaje de pacientes con una valoración Norton = 14 que han desarrollado una UPP

Definición Proporción de pacientes con riesgo de lesión por presión (Norton = 14) que han desarrollado una úlcera por presión (UPP Intrahospitalarias)

Fórmula $[a / b] * 100$

a) Nº de pacientes que han desarrollado una UPP intrahospitalaria (también los Norton > 14)

b) Nº de pacientes con riesgo de desarrollar una UPP (hojas de registro y seguimiento de UPP en el periodo de evaluación) (Entre el 1 de Enero y 30 Noviembre anual)

Fuente 1º- Hojas de registro y seguimiento de UPP

2º- Monitorizado. Base de datos Supervisora de Calidad Asistencial

Observaciones 1º- Nº de hojas de seguimiento enviadas a la unidad de Calidad. Colaborando con el seguimiento del Protocolo de Prevención y tratamiento de UPP, cada unidad de hospitalización incluidas UMI y UCE remiten a la Unidad de Calidad mensualmente las hojas de registro y seguimiento de UPP.

2º- Se considera úlcera a partir de GRADO I: enrojecimiento

3º- Solo se contabilizarán las úlceras que se producen en el Centro durante su estancia en el mismo.

Periodicidad Anual

Interpretación Seguridad

Estándar: 3 - 10 %

2ºIndicador: Porcentaje de pacientes identificados como Dependientes/Inmovilizados con valoración del riesgo de ulceración en el último año (%) en Atención Primaria.

Definición Proporción de pacientes con diagnóstico de dependiente o de inmovilizado y una valoración Barthel = 60, que al menos tiene un registro de riesgo de ulceración, en el último año. (UPP en Atención Primaria)

Fórmula Numerador (SERV_326): Pacientes incluidos en el denominador que al menos tiene un registro en el DGP "DPNORTON" en el periodo de evaluación (último año)
Denominador (SERV_326_pob): Pacientes con diagnóstico de dependiente (Z28 o A99) o con diagnóstico de inmovilizado (A28 o L28) y con una valoración Barthel (DGP "DVFUNCIO") entre 1 y 60 y algún registro en el periodo de evaluación (último año)

Fuente OMI-AP

Observaciones

Periodicidad Anual

Interpretación Estándar: 60 - 80 %

3º- Nº de profesionales formados en la prevención y tratamiento de LPP y heridas crónicas.

DURACIÓN

Elaboración y aprobación del documento: 2017 hasta 1er trimestre 2018

Difusión mediante talleres de registros enfermeros, guía de materiales y protocolo: 2º Trimestre 2018

Evaluación de resultados e indicadores: 3er trimestre 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 - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ELENA GUTIERREZ CATALAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAEZ AGUDO FELICIDAD
ROMERO VISIEDO JOSE
IÑIGUEZ PASTOR SUSANA
TORRALBA TEJERO ELENA
CUBILLO MIGUEL NATALIA
SANCHEZ MUÑOZ INES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunión con Carpintero del hospital por parte del Equipo de mejora:
- Valoración in situ, del estado actual del box de aislamiento donde se confirma: .la necesidad de aumentar la superficie de trabajo, cantidad, tipo y dimensiones, con un material adecuado para su limpieza y desinfección según normativa con la dirección del hospital.
- . la necesidad de ampliar las superficies de trabajo .
- Actividades realizadas:
- Se acuerdan las características de las nuevas superficies de trabajo para incorporar mejoras que faciliten la labor asistencial, se toman medidas para:
 - oElaboración de superficie de ordenación tipo baldas para el material de higiene, fungible sanitario en el interior del box, sin que reste espacio de las mesas de trabajo.
 - oElaboración de una mesa abatible que proporcione una superficie de trabajo resistente y al ser plegable no reste espacio para la movilización del paciente, dadas las dimensiones reducidas del box.
- Reunión del equipo de mejora:
- Consensuando el material máximo a introducir en el box.
- Se elabora un listado como primer borrador, con las cantidades mínimas necesarias para que no obstaculice la limpieza de superficies de la habitación y evitar tener que desechar gran cantidad de material al alta del paciente.

Recursos empleados.

- Material de Carpintería.
- Material de papelería y encuadernación.

Indicar si se ha elaborado algún tipo de material para desarrollar el proyecto.

- Diseño de las nuevas superficies de trabajo, para próxima elaboración, pendiente de construir e incorporar al box.
- Documentación que incluya: procedimiento de preparación de box de aislamiento en UCE y un borrador con listado de material fungible.

Fecha previstas:

Fase de construcción de nuevas superficies por parte de carpintero e incorporación al box: Enero- Marzo 2019.
Fase de finalización del documento y presentación en la Unidad:
Mayo- Junio 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Llevar a cabo reuniones con el Carpintero del hospital y del equipo de mejora llegando a acuerdos para avanzar en el proyecto.
 - Elaborar un primer listado con el material máximo a introducir en el box necesario para proporcionar los cuidados básicos a un paciente ingresado en dicho box.
- Consiguiendo el objetivo propuesto de:
- Eliminar situaciones de aglomeración de material destinados al aseo personal y cambios posturales del paciente, canalización de vías venosas periféricas y/o centrales, analíticas seriadas, sondajes, curas...(esto para la definitiva)
 - Llegar a un acuerdo acerca del material mínimo disponible en el interior del box para mejorar la asistencia a estos pacientes.
 - Solventar aspectos organizativos que hacen más fácil nuestra labor asistencial con un paciente en aislamiento.

Impacto del proyecto:

Este proyecto va a suponer facilitar nuestra labor tanto, en la práctica asistencial gracias a las superficies de trabajo, como unificando criterios y evitar aglomeraciones de material dentro del box donde debido a la asistencia a pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes si no se usa se acaba desechando el material sobrante, optimizando la asistencia ya que actualmente como lo veníamos desarrollando no era coste-efectivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- En las reuniones el equipo de trabajo queda patente en que necesitamos mejoras en la estructura física actual del box, se alcanza un acuerdo en cuanto al tipo y características y que mejorará las condiciones de trabajo, en cuanto a la necesidad de aumentar las superficies de trabajo.
- Todo el equipo de mejora destaca la importancia de elaborar un documento que recoja un listado de material

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

que describa que material y en qué cantidad ya que servirá de guía a la hora de montar el box de aislamiento cuando se ingresa un paciente evitando almacenar material en el interior que no se use y que después no se deseche.

Queda pendiente (se informará en la memoria final):

Elaboración y colocación en el interior del box de las nuevas superficies de trabajo:

- tablero/mesa de trabajo anclado en la pared para aumentar la superficie de trabajo cuando proporcionamos cuidados de enfermería al paciente (procedimientos como curas, canalización de accesos periféricos o centrales, aseo, administración de medicación). Plegable para que cuando sea necesaria la movilización de la cama del paciente por ingreso, alta, traslado para realización de pruebas no moleste dicha estructura, pero cuando se necesite aumentar la superficie de trabajo pueda extenderse dicho tablero/mesa.
- Incorporación de unos estantes, para disponer dentro del box del material mínimo de uso para poder trabajar sin tener que entrar y salir continuamente del box de aislamiento.
- Elaboración y Presentación del procedimiento al personal de la Unidad.

Consiguiendo el objetivo propuesto de:

- Aumentar las superficies de trabajo y organización/ordenación que favorezcan o faciliten la atención a estos pacientes.
- Optimizar la asistencia a estos pacientes bajo las precauciones de aislamiento para pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes, haciéndolas más eficientes.

7. OBSERVACIONES.

No me había llegado comunicación por correo electrónico ni por teléfono de que el proyecto presentado había sido seleccionado, no hay publicado un listado de proyectos seleccionados que consultar para saber si el proyecto había sido seleccionado.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/100 ===== ***

Nº de registro: 0100

Título
IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE). CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

Autores:
GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA, SAEZ AGUDO FELICIDAD, ROMERO VISIEDO JOSE, IÑIGUEZ PASTOR SUSANA, TORRALBA TEJERO ELENA, CUBILLO MIGUEL NATALIA, SANCHEZ MUÑOZ INES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades que precisan aislamiento en paciente crítico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Box de aislamiento de nuestra unidad - UCE- se prepara cada vez que recibe un paciente dado que son pacientes adultos semicríticos y precisan durante su atención una serie de procedimientos específicos.

Buscamos resolver situaciones de aglomeración de material destinados al aseo personal y cambios posturales del paciente, canalización de vías venosas periféricas y/o centrales, analíticas seriadas, sondajes, curas...

Se han detectado también áreas de mejora en el interior del box como:

- Aumentar las superficies de trabajo y organización/ordenación que favorezcan o faciliten la atención a estos pacientes.
- Ampliar puerta de acceso al box (medidas no adecuadas con las dimensiones de las nuevas camas). En una situación de urgencia hay que maniobrar repetidamente para poder entrar al box con la cama.

RESULTADOS ESPERADOS

- Población Diana: pacientes adultos semicríticos que ingresen en la Unidad de Cuidados Especiales - UCE - y precisen aislamiento de contacto, gotas, o transmisión aérea.
- Llevar a cabo medidas correctoras en relación con:
 - Estructura física del box dedicado para aislamiento.
 - Material disponible en el interior del box.
 - Aspectos organizativos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

- Optimizar la asistencia a estos pacientes bajo las precauciones de aislamiento para pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes, haciéndolas más eficientes.
- Elaboración de un documento (procedimiento) de preparación de box de aislamiento en UCE.

MÉTODO

Valoración de la situación actual:

1ª Fase:

Áreas de mejora detectadas:

- La puerta de entrada al box: adaptación a las medidas de las nuevas camas hospitalarias.
- Ausencia de una superficie de trabajo plegable que permita preparar el material para realizar los distintos procedimientos.
- Ausencia de una superficie para colocación/ordenación del material de higiene, fungible sanitario en el interior del box.
- Ausencia de un documento específico de UCE del box de aislamiento.

2ª Fase:

- Reunión para consensuar las superficies necesarias, cantidad, tipo y dimensiones, a realizar en un material adecuado para su limpieza y desinfección según normativa con la dirección del hospital.
- Valoración por parte del Servicio de Mantenimiento General: carpintero.
- Elaboración de un listado con el material máximo a introducir en el box siendo el mínimo necesario para facilitar la limpieza de superficies de la habitación y evitar tener que desechar gran cantidad de material.
- Elaboración y Presentación del procedimiento al personal de la Unidad.

INDICADORES

1. Existe un procedimiento de aislamiento de preparación del box de aislamiento
2. Se han realizado las adaptaciones estructurales necesarias en el box de aislamiento de la UCE.

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio:

1ª Fase: Marzo- Abril 2018.

Fecha prevista de finalización:

2ª Fase: Mayo- Septiembre 2018.

Participan el equipo de Enfermería de la Unidad, servicio de mantenimiento general: Carpintero, Supervisora de Calidad.

Celebrar una sesión en la Unidad para presentar el Procedimiento en Octubre 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 - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA ELENA GUTIERREZ CATALAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAEZ AGUDO FELICIDAD
ROMERO VISIEDO JOSE
IÑIGUEZ PASTOR SUSANA
TORRALBA TEJERO ELENA
CUBILLO MIGUEL NATALIA
SANCHEZ MUÑOZ INES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunión con Carpintero del hospital por parte del Equipo de mejora:
Valoración in situ, del estado actual del box de aislamiento donde se confirma:
.la necesidad de aumentar la superficie de trabajo, cantidad, tipo y dimensiones, con un material adecuado para su limpieza y desinfección según normativa con la dirección del hospital.
. la necesidad de ampliar las superficie de trabajo .

- Actividades realizadas:

Se acuerdan las características de las nuevas superficies de trabajo para incorporar mejoras que faciliten la labor asistencial, se toman medidas para:

.Elaboración de superficie de ordenación tipo baldas para el material de higiene, fungible sanitario en el interior del box, sin que reste espacio de las mesas de trabajo.
.Elaboración de una mesa abatible que proporcione una superficie de trabajo resistente y al ser plegable no reste espacio para la movilización del paciente, dadas las dimensiones reducidas del box.

- Reunión del equipo de mejora:

.Consensuando el material máximo a introducir en el box.
.Se elabora un listado como primer borrador, con las cantidades mínimas necesarias para que no obstaculice la limpieza de superficies de la habitación y evitar tener que desechar gran cantidad de material al alta del paciente.

Recursos empleados.

- Material de Carpintería.
- Material de papelería y encuadernación.

Indicar si se ha elaborado algún tipo de material para desarrollar el proyecto.

- Diseño de las nuevas superficies de trabajo, para próxima elaboración, pendiente de construir e incorporar al box.

- Documentación que incluya: procedimiento de preparación de box de aislamiento en UCE y un borrador con listado de material fungible.

Fecha previstas:

Fase de construcción de nuevas superficies por parte de carpintero e incorporación al box:

Enero- Marzo 2019.

Fase de finalización del documento y presentación en la Unidad:

Mayo- Junio 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Llevar a cabo reuniones con el Carpintero del hospital y del equipo de mejora llegando a acuerdos para avanzar en el proyecto.

- Elaborar un primer listado con el material máximo a introducir en el box necesario para proporcionar los cuidados básicos a un paciente ingresado en dicho box.

Consiguiendo el objetivo propuesto de:

- Llegar a un acuerdo acerca del material mínimo disponible en el interior del box para mejorar la asistencia a estos pacientes.

- Solventar aspectos organizativos que hacen más fácil nuestra labor asistencial con un paciente en aislamiento.

Impacto del proyecto:
Este proyecto va a suponer facilitar nuestra labor tanto, en la práctica asistencial gracias a las superficies de trabajo, como unificando criterios y evitar aglomeraciones de material dentro del box donde debido a la asistencia a pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes si no se usa se acaba desechando el material sobrante, optimizando la asistencia ya que actualmente como lo veníamos desarrollando no era coste-efectivo.

Indicadores utilizados:

1.Existe un procedimiento de aislamiento de preparación del box de aislamiento
2.Se han realizado las adaptaciones estructurales necesarias en el box de aislamiento de la UCE.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- En las reuniones el equipo de trabajo queda patente en que necesitamos mejoras en la estructura física

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

actual del box, se alcanza un acuerdo en cuanto al tipo y características y que mejorará las condiciones de trabajo, en cuanto a la necesidad de aumentar las superficies de trabajo.

- Todo el equipo de mejora destaca la importancia de elaborar un documento que recoja un listado de material que describa que material y en qué cantidad ya que servirá de guía a la hora de montar el box de aislamiento cuando se ingresa un paciente evitando almacenar material en el interior que no se use y que después no se deseche. Mencionar aquellos aspectos que han quedado pendientes.

Queda pendiente (se informará en la memoria final):

- .Elaboración y colocación en el interior del box de las nuevas superficies de trabajo:
 - tablero/mesa de trabajo anclado en la pared para aumentar la superficie de trabajo cuando proporcionamos cuidados de enfermería al paciente (procedimientos como curas, canalización de accesos periféricos o centrales, aseo, administración de medicación). Plegable para que cuando sea necesaria la movilización de la cama del paciente por ingreso, alta, traslado para realización de pruebas no moleste dicha estructura, pero cuando se necesite aumentar la superficie de trabajo pueda extenderse dicho tablero/mesa.
 - Incorporación de unos estantes, para disponer dentro del box del material mínimo de uso para poder trabajar sin tener que entrar y salir continuamente del box de aislamiento.
 - Elaboración y Presentación del procedimiento al personal de la Unidad.

Consiguiendo el objetivo propuesto de:

- Aumentar las superficies de trabajo y organización/ordenación que favorezcan o faciliten la atención a estos pacientes.
- Optimizar la asistencia a estos pacientes bajo las precauciones de aislamiento para pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes, haciéndolas más eficientes.

7. OBSERVACIONES.

No me había llegado comunicación por correo electrónico ni por teléfono de que el proyecto presentado había sido seleccionado, no hay publicado un listado de proyectos seleccionados que consultar para saber si el proyecto había sido seleccionado.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/100 ===== ***

Nº de registro: 0100

Título
IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE). CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

Autores:
GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA, SAEZ AGUDO FELICIDAD, ROMERO VISIEDO JOSE, IÑIGUEZ PASTOR SUSANA, TORRALBA TEJERO ELENA, CUBILLO MIGUEL NATALIA, SANCHEZ MUÑOZ INES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades que precisan aislamiento en paciente crítico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Box de aislamiento de nuestra unidad - UCE- se prepara cada vez que recibe un paciente dado que son pacientes adultos semicríticos y precisan durante su atención una serie de procedimientos específicos. Buscamos resolver situaciones de aglomeración de material destinados al aseo personal y cambios posturales del paciente, canalización de vías venosas periféricas y/o centrales, analíticas seriadas, sondajes, curas... Se han detectado también áreas de mejora en el interior del box como:

- Aumentar las superficies de trabajo y organización/ordenación que favorezcan o faciliten la atención a estos pacientes.
- Ampliar puerta de acceso al box (medidas no adecuadas con las dimensiones de las nuevas camas). En una situación de urgencia hay que maniobrar repetidamente para poder entrar al box con la cama.

RESULTADOS ESPERADOS

- Población Diana: pacientes adultos semicríticos que ingresen en la Unidad de Cuidados Especiales - UCE - y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

precisen aislamiento de contacto, gotas, o transmisión aérea.

- Llevar a cabo medidas correctoras en relación con:
- Estructura física del box dedicado para aislamiento.
- Material disponible en el interior del box.
- Aspectos organizativos.
- Optimizar la asistencia a estos pacientes bajo las precauciones de aislamiento para pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes, haciéndolas más eficientes.
- Elaboración de un documento (procedimiento) de preparación de box de aislamiento en UCE.

MÉTODO

Valoración de la situación actual:

1ª Fase:

Áreas de mejora detectadas:

- La puerta de entrada al box: adaptación a las medidas de las nuevas camas hospitalarias.
- Ausencia de una superficie de trabajo plegable que permita preparar el material para realizar los distintos procedimientos.
- Ausencia de una superficie para colocación/ordenación del material de higiene, fungible sanitario en el interior del box.
- Ausencia de un documento específico de UCE del box de aislamiento.

2ª Fase:

- Reunión para consensuar las superficies necesarias, cantidad, tipo y dimensiones, a realizar en un material adecuado para su limpieza y desinfección según normativa con la dirección del hospital.
- Valoración por parte del Servicio de Mantenimiento General: carpintero.
- Elaboración de un listado con el material máximo a introducir en el box siendo el mínimo necesario para facilitar la limpieza de superficies de la habitación y evitar tener que desechar gran cantidad de material.
- Elaboración y Presentación del procedimiento al personal de la Unidad.

INDICADORES

1. Existe un procedimiento de aislamiento de preparación del box de aislamiento
2. Se han realizado las adaptaciones estructurales necesarias en el box de aislamiento de la UCE.

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio:

1ª Fase: Marzo- Abril 2018.

Fecha prevista de finalización:

2ª Fase: Mayo- Septiembre 2018.

Participan el equipo de Enfermería de la Unidad, servicio de mantenimiento general: Carpintero, Supervisora de Calidad.

Celebrar una sesión en la Unidad para presentar el Procedimiento en Octubre 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 - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ELENA GUTIERREZ CATALAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAEZ AGUDO FELICIDAD
ROMERO VISIEDO JOSE
IÑIGUEZ PASTOR SUSANA
TORRALBA TEJERO ELENA
CUBILLO MIGUEL NATALIA
SANCHEZ MUÑOZ INES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

*Actividades realizadas y material para desarrollar el proyecto:

- . Se acordó mediante reunión con carpintero las características de las nuevas superficies de trabajo.
- . Instalación en el interior del box de aislamiento, de dichas superficies de trabajo una vez realizadas, que incluyen:
 - Mesa abatible que amplía la superficie de trabajo para facilitar la labor asistencial durante la realización de procedimientos tales como curas, canalización de accesos venosos periféricos y/o centrales, aseo del paciente sin restar espacio en el interior del box, al ser plegable.
 - Superficie de ordenación tipo baldas para tener disponible en todo momento en el interior del box el material de higiene y fungible sanitario.
 - Elaboración de un documento que incluye listado de preparación del box de aislamiento en cuanto a material mínimo y máximo a introducir en el box ante el ingreso de un paciente en aislamiento, en cuanto a:
 - . Fungible de higiene personal y cuidados.
 - . Fungible básico para asistencia sanitaria.
 - . Fungible para canalizar vías venosas y extracción sanguínea. Plastificado y accesible en todo momento para consulta del personal de la unidad a la entrada del box.
- Reuniones del equipo de mejora para consensuar las características de las superficies de trabajo así como para elaborar la documentación y dar a conocer el resultado final.

*Recursos Empleados:

- Material de carpintería.
- Material de papelería.

*Calendario Marcado:

Fase de construcción de nuevas superficies por parte de carpintero e incorporación al box: Enero- Marzo 2019.
Fase de finalización del documento: Mayo- Junio 2019
Fase de presentación en la Unidad: Noviembre 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

*Resultados alcanzados:

- Eliminar situaciones de aglomeración de material destinados al aseo personal y cambios posturales del paciente, canalización de vías venosas periféricas y/o centrales, analíticas seriadas, sondajes, curas...facilitando la limpieza y el orden en el propio box.
- Se ha ampliado las superficies de trabajo y de organización del material dentro del box, instalando una mesa abatible y una estantería de baldas, lo que facilita realizar nuestra labor asistencial al tener disponible el material en el interior del bx y más espacio donde colocar el material, minimizando las entradas y salidas del box a fin de prevenir la diseminación de microorganismos.
- Hemos llegado a un acuerdo acerca del material mínimo disponible en el interior del box, optimizando los recursos empleados, racionalizando la cantidad de material a utilizar.
- Cantidades mínimas necesarias de material de higiene y fungible sanitario para que no obstaculice la limpieza de superficies de la habitación y evitar tener que desechar gran cantidad de material al alta del paciente
- Solventar aspectos organizativos que hacen más fácil nuestra labor asistencial con un paciente en aislamiento.

* Impacto del proyecto:

Este proyecto ha supuesto facilitar nuestra labor tanto, en la práctica asistencial gracias a las superficies de trabajo, como unificando criterios y evitar aglomeraciones de material dentro del box donde debido a la asistencia a pacientes infectados/colonizados por germen multirresistentes si no se usa se acaba desechando el material sobrante, optimizando la asistencia ya que actualmente como lo veníamos desarrollando no era coste-efectivo.

*Indicadores de alcance o de grado de extensión del proyecto:

1. Existe un procedimiento de aislamiento de preparación del box de aislamiento: Grado de cumplimiento 100%
2. Se han realizado las adaptaciones estructurales necesarias en el box de aislamiento de la UCE: Grado de cumplimiento 100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos:
. La valoración ha sido positiva, era una necesidad patente que necesitábamos estas medidas en la estructura física del box, en el día a día, para facilitar nuestra labor asistencial en la realización de cuidados desde el momento del ingreso hasta el alta.
. Todo el equipo de mejora destaca la importancia de disponer y tener accesible en todo momento, un documento que recoja un listado, que describa que material y en qué cantidad se ha de introducir en el box de forma unificada, evitando almacenar material excedente n el interior y que al alta habría que desechar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/100 ===== ***

Nº de registro: 0100

Título
IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE). CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

Autores:
GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA, SAEZ AGUDO FELICIDAD, ROMERO VISIEDO JOSE, IÑIGUEZ PASTOR SUSANA, TORRALBA TEJERO ELENA, CUBILLO MIGUEL NATALIA, SANCHEZ MUÑOZ INES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades que precisan aislamiento en paciente crítico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Box de aislamiento de nuestra unidad - UCE- se prepara cada vez que recibe un paciente dado que son pacientes adultos semicriticos y precisan durante su atención una serie de procedimientos específicos.
Buscamos resolver situaciones de aglomeración de material destinados al aseo personal y cambios posturales del paciente, canalización de vías venosas periféricas y/o centrales, analíticas seriadas, sondajes, curas...
Se han detectado también áreas de mejora en el interior del box como:
- Aumentar las superficies de trabajo y organización/ordenación que favorezcan o faciliten la atención a estos pacientes.
- Ampliar puerta de acceso al box (medidas no adecuadas con las dimensiones de las nuevas camas). En una situación de urgencia hay que maniobrar repetidamente para poder entrar al box con la cama.

RESULTADOS ESPERADOS

- Población Diana: pacientes adultos semicriticos que ingresen en la Unidad de Cuidados Especiales - UCE - y precisen aislamiento de contacto, gotas, o transmisión aérea.
- Llevar a cabo medidas correctoras en relación con:
- Estructura física del box dedicado para aislamiento.
- Material disponible en el interior del box.
- Aspectos organizativos.
- Optimizar la asistencia a estos pacientes bajo las precauciones de aislamiento para pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes, haciéndolas más eficientes.
- Elaboración de un documento (procedimiento) de preparación de box de aislamiento en UCE.

MÉTODO

Valoración de la situación actual:
1ª Fase:
Áreas de mejora detectadas:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0100

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

- La puerta de entrada al box: adaptación a las medidas de las nuevas camas hospitalarias.
 - Ausencia de una superficie de trabajo plegable que permita preparar el material para realizar los distintos procedimientos.
 - Ausencia de una superficie para colocación/ordenación del material de higiene, fungible sanitario en el interior del box.
 - Ausencia de un documento específico de UCE del box de aislamiento.
- 2ª Fase:
- Reunión para consensuar las superficies necesarias, cantidad, tipo y dimensiones, a realizar en un material adecuado para su limpieza y desinfección según normativa con la dirección del hospital.
 - Valoración por parte del Servicio de Mantenimiento General: carpintero.
 - Elaboración de un listado con el material máximo a introducir en el box siendo el mínimo necesario para facilitar la limpieza de superficies de la habitación y evitar tener que desechar gran cantidad de material.
 - Elaboración y Presentación del procedimiento al personal de la Unidad.

INDICADORES

1. Existe un procedimiento de aislamiento de preparación del box de aislamiento
2. Se han realizado las adaptaciones estructurales necesarias en el box de aislamiento de la UCE.

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio:
1ª Fase: Marzo- Abril 2018.
Fecha prevista de finalización:
2ª Fase: Mayo- Septiembre 2018.

Participan el equipo de Enfermería de la Unidad, servicio de mantenimiento general: Carpintero, Supervisora de Calidad.
Celebrar una sesión en la Unidad para presentar el Procedimiento en Octubre 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 - 2018/0672

1. TÍTULO

AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFIA

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA LUISA CATALAN LADRON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES BERGARECHE IGNACIO
DE FERNANDO GROS TERESA
MONTESA LOU CRISTINA
MUÑOZ JACOBO SERGIO
POVEDA SERRANO PILAR
RECIO JIMENEZ ENRIQUE
URDAZ HERNANDEZ MARTHA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Realización de 2 sesiones dentro del Servicio para exponer la pertinencia del Proyecto. En ellas se recogió información sobre la formación de los miembros de reciente incorporación y se realizó en reparto de funciones de los miembros del proyecto para elaboración de Documentos.
- Se programó la puesta al día de un pequeño manual elaborado en 2012 que fue cuando se inició el uso de la Ecoscopia en este Servicio.
- Se definieron los 2 procesos que se medirían a lo largo del año para elaborar una rutina de su realización y del sistema de registro
- Se programó un curso de formación de 10 horas con el apoyo desinteresado del Grupo de profesionales expertos en Eco de SEMES-Aragón previsto para Junio que tuvo que celebrarse al final los días 24 y 25 de Septiembre por las necesidades asistenciales del servicio en época estival ya que a pesar del esfuerzo de nuestra Dón y la de recursos humanos de nuestra Organización no fue posible tener apoyo en esos meses ni cubrir a un compañero en ILT desde Marzo de los corrientes.
- Se solicitaron pequeñas reformas en uno de los Boxes para poder tener el Ecógrafo conectado continuamente en un punto, facilitar las exploraciones en todo momento y evitar por las características del Equipo del que disponemos del riesgo de averías al desplazarlo continuamente.
- Desde Octubre se pone en marcha la aplicación en comprobación de globo vesical.
- Por otra parte se ha facilitado la formación en Ecocardiografía de uno de los miembros del Servicio para programar sesiones donde forme al resto de la plantilla.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Indicador 1: En el momento actual el 100% de los miembros de la plantilla han realizado formación en Eco-Fast
- Indicador 2: La casuística en Sondaje Ecodirigido es escasa en los 2 meses que se ha recogido ya que hemos recogido ya que sólo se trata de 8 pacientes y en 4 de ellos el sondaje lo realizó según técnica clásica Enfermería no formada aún en el uso del Eco para este fin. Aunque en los otros 4 se realizó el procedimiento previsto por parte de los facultativos y supondría el 100% nos parece que no es significativo
- Indicador 3: No ha habido pacientes que requirieran paracentesis Ecodirigida para tto Ascitis

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos parece un Proyecto interesante y en el que tenemos que continuar trabajando . Estamos estudiando la posibilidad de aplicación en otras técnicas y hemos iniciado la aplicación en punciones venosas, toracocentesis Dx y terapéuticas Ecodirigidas y estamos trabajando en la elaboración de una rutina y programa de entrenamiento en Ecocardiografía. Todo ello nos permitiría el plantearnos nuevos proyectos de mejora para el ejercicio 2019 y siguiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/672 ===== ***

Nº de registro: 0672

Título
AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE ECOGRAFIA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0672

1. TÍTULO

AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFIA

CATALAN LADRON MARIA LUISA, ANDRES BERGARECHE IGNACIO, DE FERNANDO GROS TERESA, MONTESA LOU CRISTINA, MUÑOZ JACOBO SERGIO, PÓVEDA SERRANO PILAR, RECIO JIMENEZ ENRIQUE, URDAZ HERNANDEZ MARTHA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Ecografía es una de las técnicas de diagnóstico por imagen más accesibles para el médico y más segura para el paciente por su inocuidad. La disponibilidad de equipos portátiles y el establecimiento de protocolos dirigidos a homogeneizar exploraciones en escenarios concretos, para disminuir la variabilidad interoperador, ha demostrado efectividad y eficiencia en pacientes agudos, urgentes y críticos. En un contexto clínico específico, la ecografía obtiene información relevante, de forma rápida, no invasiva y reproducible, define alteraciones anatómicas y funcionales potencialmente críticas y facilita la realización de técnicas y procedimientos.

En nuestro Servicio de Urgencias disponemos de un equipo de ecografía desde 2012 y en aquel momento se formó a todo el personal del Servicio para su manejo en el paciente urgente- crítico.

Dado los múltiples cambios en la plantilla en el momento actual la formación de los médicos del Servicio es heterogénea, por lo que creemos necesario y conveniente realizar formación reglada para toda la plantilla a lo largo de este ejercicio.

Por otro lado y para aumentar el rendimiento del equipo y a la vez realizar prácticas seguras nos hemos planteado el iniciar su utilización de forma reglada para realización de procedimientos como la confirmación de globo vesical previo al sondaje uretral y la realización de las paracentesis ecoguiadas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Desarrollar el conocimiento sobre la utilidad, efectividad y eficiencia de la ecografía clínica aplicada a pacientes con patología aguda, urgente y crítica.
- Desarrollar las habilidades técnicas básicas para la utilización de equipos ecográficos, conocer las imágenes y artefactos fundamentales y identificar con ecografía patologías frecuentes en medicina de urgencias
- Centrar los objetivos de la valoración clínico-ecográfica en las siguientes áreas:
La ayuda ecoguiada en procedimientos frecuentes

MÉTODO

- Formación en Ecografía básica a todos los facultativos del servicio, e iniciar a los médicos residentes y enfermería:

La formación dará las competencias básicas al alumno para conocer:

- el funcionamiento básico de un ecógrafo.
- las imágenes fundamentales en ecografía.
- la anatomía ecográfica de los órganos abdominales y torácicos.
- objetivar la presencia de líquido / sangre dentro del abdomen y/o en el pericardio.
- la presencia de líquido o aire en el espacio pleural.
- Identificación de cavidades cardíacas y la aplicación de protocolos clínicos ecográficos para la detección de alteraciones cardiocirculatorias de forma rápida y reproducible.
- técnicas de punción con ayuda ecográfica de vasos y otros procedimientos

-Establecer la rutina de su uso en el sondaje vesical y realización de paracentesis.

-Establecer criterios comunes de como plasmar en la H° Clínica los hallazgos ecoscópicos

INDICADORES

Nº de profesionales formados en Ecografía de urgencias > 80%

Confirmación de globo vesical previo al sondaje 90%

Realización de paracentesis Ecodirigida en pacientes susceptibles > 90%

DURACIÓN

- Programar Cursos de Formación en Ecografía Básica en Junio y si fuera necesario repetir en Septiembre.

- Elaborar documentos de rutina en ambos procedimientos, Junio-18

-Elaborar instrucciones de como informar los hallazgos, Junio-18 Ecoscopicos

Valoración provisional cumplimiento en Septiembre-18

valoración resultados en Enero-19

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0672

1. TÍTULO

AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFIA

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 - 2018/0672

1. TÍTULO

AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFÍA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA LUISA CATALAN LADRON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ERNEST LLUCH
· Localidad CALATAYUD
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANDRES BERGARECHE IGNACIO
DE FERNANDO GROS TERESA
MONTESA LOU CRISTINA
MUÑOZ JACOBO SERGIO
IBAÑEZ PEREZ DE VIÑASPRE JOSE ANTONIO
RECIO JIMENEZ ENRIQUE
URDAZ HERNANDEZ MARTHA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- EN REUNION DEL SERVICIO DE FEBRERO SE INFORMA A MIEMBROS DEL MISMO DE LOS RESULTADOS INFORMADOS DEL PROYECTO Y DE LA NECESIDAD DE UTILIZAR LA ECO EN LOS PROCESOS SELECCIONADOS Y DE HACERLO CONSTAR EN LA Hª CLINICA
- DADO QUE EN LOS RESULTADOS DEL EJERCICIO ANTERIOR CONSTATAMOS QUE ALGUNOS SONDAJES LOS REALIZÓ ENFERMERIA QUE NO ESTABA FORMADA EN ECO.
- ACORDAMOS QUE EN TODO PACIENTE CON MOTIVO DE CONSULTA EN TRIAJE POR RAO SE LE REALIZARÍA ECO PREVIA.
- CONTANDO CON EL APOYO DE LA SUPERVISION DE URGENCIAS SE HA REALIZADO FORMACION PERSONALIZADA A L PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL MOMENTO DE REALIZAR LA TECNICA.
- AUNQUE CON RETRASO POR MOTIVOS AJENOS AL SERVICIO SE REALIZÓ LA PEQUEÑA REFORMA EN LA SALA DDE REANIMACIÓN PARA UBICAR EL ECOGRAFO Y EVITAR DESPLAZAMIENTOS INNECERARIOS CON RIESGO DE AVERÍA DE LAS SONDAS.
- EN FEBRERO TUVIMOS PROBLEMAS CON LA PANTALLA DEL ECOGRAFO QUE CONSEGUIMOS NOS REPARARA LA FIRMA RESPONSABLE
-
- EN LA REUNIÓN DE MARZO ACORDAMOS COLOCAR UN LIBRO DE REGISTRO DONDE SE COLOCARIA UNA PEGATINA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE AL QUE SE LE REALIZABA LA TECNICA TANTO EN RAO COMO EN PARACENTESIS ECODIRIGIDA, SOLICITANDO EL COMPROMISO DE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO IMPLICADOS EN LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS PARA REALIZAR EVALUACIÓN AL FINAL DEL TRIMESTRE.
- CON FECHA 30 DE MAYO SE INCORPORAN 9 FACULTATIVOS AL SERVICIO CON PLAZA EN PROPIEDAD DE LOS CUALES 5 PROVIENEN DE OTROS HOSPIATLES Y NO UTILIZAN HABITUALMEENTE LA ECOGRAFIA. SE LES INFORMA DEL PROYECTO Y SE SOLICITA AL DR RECIO, MIEMBRO DEL SERVICIO CON MAYOR NIVEL DE FORMACION LA INSTRUCCIÓN A SUS COMPAÑEROS Y. ASIMISMO AL RESTO DE FACULTATIVOS QUE LO VENIAN REALIZANDO DE LA IMPORTACIA DE COLABORAR A ESTABLECER LA ECO COMO RECURSO ORDINARIO.
- EN EL CURSO QUE SE REALIZA EN JUNIO PARA LOS RESIDENTES DE NUEVA INCORPORACION SE INCLUYE EL MANEJO BÁSICO DEL ECOGRAFO Y LA REALIZACION DE ECO-FAST EN URGENCIAS.
- EN LA REUNION DE JULIO SE INFORMA DE LOS RESULTADOS DEL TRIMESTRE Y SE RECUERDA EL COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO Y FORMACIÓN CONTINUADA. EN LA VALORACION DE RESULTADOS SE CONTABILIZARON LOS PACIENTES CON MOTIVO DE CONSULTA EN EL TRIAJE POR RAO Y ASCITIS, EXCLUYENDO LOS QUE NO CUMPLIAN REQUISITOS SEGÚN CONFIRMACIÓN DE DIAGNOSTICO DE ALTA.
- EN OCTUBRE ABANDONAN EL SERVICIO 3 FACULTATIVOS POR DIFERENTES MOTIVOS Y SE INCORPORAN 2 EN NOVIEMBRE Y EL ULTIMO A 1 DE DICIEMBRE, 2 DE ELLOS CON FORMACION EN ECOGRAFÍA BÁSICA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

· % DE FACULTATIVOS CON FORMACION EN ECOSCOPIA EN URGENCIAS : 90,90

PACIENTES A LOS QUE SE REALIZÓ COMPROBACIÓN DE GLOBO VESICAL PREVIO AL SONDAJE: 93,75%.

REALIZACION DE PARACENTESIS ECODIRIGIDA EN PACIENTES SUSCEPTIBLES: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

HEMOS COMPROBADO LA SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES CON LA FORMACION EN LA TECNICA DE LA ECOSCOPIA-ECOGRAFIA.

HEMOS INCORPORADO TALLERES DE FORMACIÓ SEMESTRALES Y SI NO FUERA POSIBLE AL MENOS ANUALES COMO REQUISITO DE BASE.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0672

1. TÍTULO

AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFÍA

QUEDA PENDIENTE ESTABLECER LA FORMACION DE TODO EL PERSONAL DE ENFERMERIA COMO PARTE DE SU FORMACIÓN BASE AL INCORPORARSE AL INCORPORARSE AL SERVICIO DE URGENCIAS.

ESTAMOS PLANTEANDONOS OTROS PROYECTOS DE APLICACIÓN DE LA TECNICA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/672 ===== ***

Nº de registro: 0672

Título
AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE ECOGRAFIA

Autores:
CATALAN LADRON MARIA LUISA, ANDRES BERGARECHE IGNACIO, DE FERNANDO GROS TERESA, MONTESA LOU CRISTINA, MUÑOZ JACOBO SERGIO, POVEDA SERRANO PILAR, RECIO JIMENEZ ENRIQUE, URDAZ HERNANDEZ MARTHA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Ecografía es una de las técnicas de diagnóstico por imagen más accesibles para el médico y más segura para el paciente por su inocuidad. La disponibilidad de equipos portátiles y el establecimiento de protocolos dirigidos a homogeneizar exploraciones en escenarios concretos, para disminuir la variabilidad interoperador, ha demostrado efectividad y eficiencia en pacientes agudos, urgentes y críticos. En un contexto clínico específico, la ecografía obtiene información relevante, de forma rápida, no invasiva y reproducible, define alteraciones anatómicas y funcionales potencialmente críticas y facilita la realización de técnicas y procedimientos.
En nuestro Servicio de Urgencias disponemos de un equipo de ecografía desde 2012 y en aquel momento se formó a todo el personal del Servicio para su manejo en el paciente urgente- crítico.
Dado los múltiples cambios en la plantilla en el momento actual la formación de los médicos del Servicio es heterogénea, por lo que creemos necesario y conveniente realizar formación reglada para toda la plantilla a lo largo de este ejercicio.
Por otro lado y para aumentar el rendimiento del equipo y a la vez realizar prácticas seguras nos hemos planteado el iniciar su utilización de forma reglada para realización de procedimientos como la confirmación de globo vesical previo al sondaje uretral y la realización de las paracentesis ecoguiadas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Desarrollar el conocimiento sobre la utilidad, efectividad y eficiencia de la ecografía clínica aplicada a pacientes con patología aguda, urgente y crítica.
- Desarrollar las habilidades técnicas básicas para la utilización de equipos ecográficos, conocer las imágenes y artefactos fundamentales y identificar con ecografía patologías frecuentes en medicina de urgencias
- Centrar los objetivos de la valoración clínico-ecográfica en las siguientes áreas:
La ayuda ecoguiada en procedimientos frecuentes

MÉTODO
- Formación en Ecografía básica a todos los facultativos del servicio, e iniciar a los médicos residentes y enfermería:
La formación dará las competencias básicas al alumno para conocer:

- el funcionamiento básico de un ecógrafo.
- las imágenes fundamentales en ecografía.
- la anatomía ecográfica de los órganos abdominales y torácicos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0672

1. TÍTULO

AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFÍA

- objetivar la presencia de líquido / sangre dentro del abdomen y/o en el pericardio.
 - la presencia de líquido o aire en el espacio pleural.
 - Identificación de cavidades cardiacas y la aplicación de protocolos clínicos ecográficos para la detección de alteraciones cardiocirculatorias de forma rápida y reproducible.
 - técnicas de punción con ayuda ecográfica de vasos y otros procedimientos
- Establecer la rutina de su uso en el sondaje vesical y realización de paracentesis.
-Establecer criterios comunes de como plasmar en la H° Clinica los hallazgos ecoscópicos

INDICADORES

Nº de profesionales formados en Ecografía de urgencias > 80%
Confirmación de globo vesical previo al sondaje 90%
Realización de paracentesis Ecodirigida en pacientes susceptibles > 90%

DURACIÓN

- Programar Cursos de Formación en Ecografía Básica en Junio y si fuera necesario repetir en Septiembre.
- Elaborar documentos de rutina en ambos procedimientos, Junio-18
-Elaborar instrucciones de como informar los hallazgos, Junio-18 Ecoscopicos
Valoración provisional cumplimiento en Septiembre-18
valoración resultados en Enero-19

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 :

*** ===== **