

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

Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2018

Número de memorias: 149 (Actualizado el viernes 30 de agosto de 2019 a las 12:47:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	AP	CS ALMUDEVAR	ROYO ROYO SILVIA	2018_0714	F	13/02/2019	MEJORAR LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO
HU	AP	CS ALMUDEVAR	BLANCO GIMENO VERONICA	2018_0734	S1	06/03/2019	APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA
HU	AP	CS ALMUDEVAR	FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR	2018_0767	S2	06/03/2019	ALMUDEVAR CAMINA
HU	AP	CS ALMUDEVAR	CAMPOS AVELLANA MARIA DEL CARMEN	2018_0849	S1	22/01/2019	VIVIR BAILANDO
HU	AP	CS AYERBE	MARCO AGUADO MARIA ANGELES	2016_1278	F	22/12/2017	DETECCION Y REGISTRO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN PACIENTES DE UN CENTRO DE SALUD RURAL
HU	AP	CS AYERBE	MARCO AGUADO MARIA ANGELES	2018_0549	F	29/01/2019	REVISION DE UTILIZACION DE HIPOLIPEMIANTE COMBINADOS EN PREVENCION PRIMARIA
HU	AP	CS AYERBE	LANZAROTE NASARRE MARIA LOURDES	2018_0575	F	19/02/2019	EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE ANCIANOS Y ENFERMOS CRONICOS EN NUESTRA ZONA BASICA E SALUD
HU	AP	CS BERDUN	ARNAL BARRIO ANA MARIA	2018_0280	F	05/02/2019	TALLERES A LA COMUNIDAD DEL MANEJO INICIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA
HU	AP	CS BERDUN	BAZTAN OLLETA LAURA	2018_0619	F	13/02/2019	RENOVACION DE CONOCIMIENTOS Y HABITOS SALUDABLES EN DIABETICOS TIPO 2
HU	AP	CS BERDUN	OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL	2018_0625	F	27/02/2019	PACIENTE POLIMEDICADO, ENTRE LA INERCIA Y LA PREVENCION CUATERNARIA
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	CABELLO ORDUNA OLGA	2016_1200	F	21/12/2017	PLAN DE MEJORA EN EL PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACION DE FARMACOS EN LA RESIDENCIA "LA CONCHADA" DE BIESCAS
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	BOSQUE OROS ANNADEL	2018_0416	S1	25/01/2019	¿QUEDAMOS Y NOS CUIDAMOS?
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	CLAVER GARCIA PAULA	2018_0428	F	26/02/2019	INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTE ENFERMEDADES CRONICAS Y EMERGENCIAS
HU	AP	CS BROTO	PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO	2016_1231	F	30/12/2017	DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO
HU	AP	CS GRAÑEN	CABELLUD LASIERRA MIRIAM	2016_1275	F	13/12/2017	HABLEMOS DE MEDICAMENTOS
HU	AP	CS HECHO	VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA	2016_0354	F	25/01/2018	REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES QUE PRECISEN 3 O MAS FARMACOS PARA EL CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL
HU	AP	CS HECHO	ZUBIAURRE BASSAS PILAR	2016_1139	S1	23/01/2018	TALLER DE MOVILIZACION DE COLUMNA VERTEBRAL Y EESS
HU	AP	CS HECHO	CASADO ORTIZ MARIA ROSARIO	2016_1140	S1	22/01/2018	EDUCACION DIABETOLOGICA DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE RESIDENCIA DE LAS LOCALIDADES DE HECHO Y ANSO
HU	AP	CS HECHO	PEREZ DEL CASTILLO DANIEL	2018_0583	S1	03/02/2019	CURSO FORMATIVO EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DEL DESA
HU	AP	CS HECHO	VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA	2018_0584	F	07/02/2019	ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY
HU	AP	CS HUESCA RURAL	MERIZ RUBIO JULIA	2018_0774	S2	18/02/2019	REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTA (140/90 MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES
HU	AP	CS HUESCA RURAL	LABARTA PASCUAL MARIANO	2018_1001	S1	07/02/2019	DIAGNOSTICO DE MEJORA EN EPOC EN CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL
HU	AP	CS JACA	PALACIN ALASTUEY ISABEL	2016_1326	S1	29/12/2017	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DEL CARRO DE PARADAS Y DEL MALETIN DE URGENCIA, EN EL CENTRO DE SALUD DE JACA
HU	AP	CS JACA	LOPEZ CORTES VIRGINIA	2018_0612	S0	19/02/2019	"MENOS MINCHAR Y MAS MARCHAR". PASEOS SALUDABLES PARA OBESOS SEDENTARIOS
HU	AP	CS JACA	LOPEZ CORTES VIRGINIA	2018_0620	F	19/02/2019	ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	MUR LALUEZA MARIA JESUS	2018_0765	S2	27/02/2019	EVITAR LA PRESCRIPCION INADECUADA EN MAYORES DE 65 AÑOS
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	CHARTE ALEGRE MARIA ELENA	2018_0825	F	06/02/2019	ENVEJECIMIENTO ACTIVO: NUESTROS MAYORES ACTIV@S
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	SANCHEZ MOLINA MARIA PILAR	2018_1169	S1	10/03/2019	FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO	PARDOS MARTINEZ LUIS CARLOS	2018_1504	S2	25/02/2019	"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO
HU	AP	CS PIRINEOS	CASTILLO OLIVERA JOSE MARIA	2016_0154	S1	09/01/2018	PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA EN AP: BUSCANDO LA CONCORDANCIA
HU	AP	CS PIRINEOS	PEÑA ARENAS MERCEDES	2016_1143	F	16/03/2018	EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS

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

Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2018

Número de memorias: 149 (Actualizado el viernes 30 de agosto de 2019 a las 12:47:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	AP	CS PIRINEOS	SANCHEZ LOMBA BEATRIZ	2016_1311	F	15/02/2018	ESCUELA DE SALUD
HU	AP	CS PIRINEOS	CASTILLON FANTOVA ANTONIO	2018_0770	F	27/02/2019	INTERVENCION EN EL C. S. PIRINEOS PARA LA REDUCCION DE LA IATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY
HU	AP	CS PIRINEOS HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA	ALAYETO GASTON MARIA ANGELES	2018_0114	F	05/02/2019	PROTOCOLOS DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA
HU	AP	CS SABIÑANIGO ADMISION Y DOCUMENTACION	CANO SANCHEZ MARGARITA	2016_1530	S2	22/02/2019	SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL
HU	AP	CS SABIÑANIGO	RIO ABARCA TERESA	2016_0814	S2	24/12/2018	MEJORA DE LA ATENCION ALA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL C.SALUD SABIÑANIGO
HU	AP	CS SABIÑANIGO	LORENTE AZNAR TEOFILLO	2016_0847	F	17/12/2017	MEJORA DE LA ASISTENCIA A USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIATRICAS
HU	AP	CS SABIÑANIGO	RIVILLA MARUGAN LAURA	2016_1267	F	13/02/2019	MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA.DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS SABIÑANIGO	PAZ FREIRE ISABEL	2018_0597	S1	13/02/2019	MI DIETA Y YO
HU	AP	CS SANTO GRIAL	BUIL CALVO PILAR	2016_0520	S1	19/12/2017	PIES PARA QUE OS QUIERO
HU	AP	CS SANTO GRIAL	DE JUAN ASENJO JOSE RAMON	2018_0586	S2	26/02/2019	DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA
HU	AP	CS SANTO GRIAL	DOSTE LARRULL DIVINA	2018_0721	S1	11/02/2019	MEJORA EN LA DETECCION DE NIÑOS CON DISLEXIA
HU	AP	CS SANTO GRIAL	LANAO MARTIN ADOLFO	2018_1221	F	28/02/2019	INTERVENCION COMUNITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: DIVULGACION DEL PROYECTO APETITO COMUN
HU	AP	CS SANTO GRIAL PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA	2016_0173	S1	26/12/2017	ACERCANDONOS A LA ESCUELA
HU	AP	CS SARIÑENA	PARALEM CAMPOS MARIA TERESA	2018_0743	F	20/02/2019	TALLERES DE SALUD COMUNITARIA
HU	AP	CS SARIÑENA	GAZOL PERIZ YOLANDA	2018_0817	S1	21/02/2019	MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC
HU	AP	CS SARIÑENA	BORNAO CASAS SARA	2018_1054	S0	22/02/2019	QUEDADAS POR TU SALUD
HU	AP	CS SARIÑENA FISIOTERAPIA EN AP	GIL GALAN SILVIA	2018_0182	F	06/02/2019	GESTION DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD SARIÑENA
HU	AP	DAP HUESCA	ELDUQUE PALOMO AMADEO	2016_1713	S1	25/01/2018	MEJORAR LA DETECCION Y EL ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR HUESCA
HU	AP	DAP HUESCA	GUILLEN LORENTE SARA	2018_0024	F	09/01/2019	REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA
HU	AP	DAP HUESCA	ELDUQUE PALOMO AMADEO	2018_0025	S1	08/01/2019	REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)
HU	AP	DAP HUESCA	CALVO GASCON ANA MARIA	2018_0336	S1	10/01/2019	PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	BAENA JIMENEZ MARIA NIEVES	2018_1076	F	01/03/2019	PROGRAMA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN TMG EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	PLANO VIDOSA MARIA PILAR	2018_1094	S1	27/02/2019	INTERVENCION SOCIO-EDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE LOS HABITOS CULINARIOS
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	ELBOJ SASO MARTA	2018_1223	S1	28/02/2019	MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: ESPACIO FISICO Y DINAMICA DE FUNCIONAMIENTO
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	RODRIGUEZ CRESPO IOVANNA	2018_1224	F	25/02/2019	CREACION DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA	BIARGE RUIZ ARTURO	2018_1391	S2	13/02/2019	CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD. ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTAL
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS TERAPIA OCUPACIONAL	MORCILLO GRANADO MARIA ISABEL	2018_1082	F	18/02/2019	CONTINUIDAD DEL TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS
HU	HOSP	CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS UNIDAD DE LARGA ESTANCIA	DE LA FUENTE UTRILLA CRISTINA	2018_1033	S1	14/02/2019	UTILIZACION DEL JUEGO Y LAS NUEVAS TECNOLOGIAS AUDIOVISUALES COMO ESTIMULACION SENSORIAL Y FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE	2018_0746	F	31/01/2019	DOCUMENTO "RECOMENDACIONES EN FRACTURA DE CADERA"

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

Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2018

Número de memorias: 149 (Actualizado el viernes 30 de agosto de 2019 a las 12:47:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	SANCHEZ LECINA PAZ CRISTINA	2018_0797	F	23/01/2019	REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL TRAS UN ICTUS
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA	QUILEZ PINA RAQUEL	2018_0799	S1	31/01/2019	MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCION DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DIA DE GERIATRIA (HDG)
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS INFORMATICA	PUEYO MOY MARIA ISABEL	2018_0261	F	18/01/2019	MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS AL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER (PDCM) DE MAMA DE HUESCA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS REHABILITACION	GARCIA CORTES MONICA	2018_0927	F	24/01/2019	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE ABORDAJE DE LA DISFAGIA ORO-FARINGEA EN CSS SGDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS REHABILITACION	CHARTE GASCON MARTA	2018_1009	F	25/01/2019	MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE EL PERSONAL DE LOGOPEDIA Y LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON DISFAGIA
HU	HOSP	H JACA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MARTIN LAHUERTA MARIA	2018_0235	S1	08/02/2019	USO DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO EN SITUACIONES DE LIMITACION DE MOVIMIENTO
HU	HOSP	H JACA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ALLER CONDE MARIA	2018_1282	F	24/02/2019	MEJORA EN LA RECOGIDA Y REGISTRO DE DATOS EN EL PERIODO DEDILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO: NUEVO PARTOGRAMA DEL HOSPITAL DE JACA
HU	HOSP	H JACA URGENCIAS	PALANCA GRACIA EUGENIA	2018_0938	S1	21/02/2019	QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA
HU	HOSP	H SAN JORGE ADMISION Y DOCUMENTACION	CALLAU PUENTE JAVIER	2018_0546	F	04/03/2019	COMPLETAR LA NORMALIZACION Y DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION DEL H. S JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE ALERGLOGIA	ROJAS HIJAZO BEATRIZ	2018_0353	F	22/02/2019	RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA PRACTICA ALERGLOGICA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANALISIS CLINICOS	GARCIA CLAVER AINOHA	2018_0361	F	12/02/2019	AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION ISO15189 EN EL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANALISIS CLINICOS	LLIMIÑANA ORDAS CARMEN	2018_1180	F	27/02/2019	APLICACION DEL SISTEMA DE GESTION LEAN Y METODOLOGIA "5S" EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	MOLINA TRESACO PAOLA	2016_0414	F	08/02/2019	ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS E INMUNOSUPRESORES EN LA CONSULTA PREANESTESICA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	VILA MENGUAL MARIA FRANCISCA	2016_0415	F	15/02/2019	IMPLANTACION EN LA PRACTICA CLINICA DE LA TARJETA IDENTIFICATIVA DE LOS PACIENTES CON VIA AEREA DIFICIL
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE	2018_0554	S1	18/02/2019	CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION	OLIVAN LAFUENTE BLANCA	2018_0588	S1	04/02/2019	REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO
HU	HOSP	H SAN JORGE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	INGLES SANZ CRISTIAN	2018_0913	S1	16/02/2019	TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA	2018_0914	F	16/02/2019	ESTUDIO Y MARCAJE ECOGRAFICO PARA LA PLANIFICACION QUIRURGICA DE FAV PARA HEMODIALISIS
HU	HOSP	H SAN JORGE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	SANCHEZ PRIETO PATRICIA JIMENA	2018_1328	F	12/02/2019	TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES
HU	HOSP	H SAN JORGE CARDIOLOGIA	GRACIA AZNAREZ MARIA	2018_0139	F	01/03/2019	RCP FITNESS. MANTENIENDO UN EQUIPO EN FORMA ANTE LA PCR INTRAHOSPITALARIA
HU	HOSP	H SAN JORGE CARDIOLOGIA	RIVERO FERNANDEZ ELENA	2018_0170	F	10/02/2019	REGISTRO DE CARDIOPATIAS FAMILIARES Y PROTOCOLIZACION DE SCREENING Y ESTUDIO GENETICO
HU	HOSP	H SAN JORGE CARDIOLOGIA	ARTERO BELLO PILAR	2018_0355	F	11/03/2019	CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN CARDIO-ONCO-HEMATOLOGIA; PROTOCOLO DE ACTUACION PARA MONITORIZACION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD SECUNDARIA A TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	SAUDI MORO SEF	2018_0200	F	10/02/2019	PROTOCOLO DE ACTUACION CON EL EMPLEO DE LA UROKINASA® COMO DESBRIDANTE EN HERIDAS QUIRURGICAS COMPLICADAS
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	GONZALEZ SANAGUSTIN CRISTINA	2018_1225	F	12/02/2019	TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA PARA PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS

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

Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2018

Número de memorias: 149 (Actualizado el viernes 30 de agosto de 2019 a las 12:47:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO	2018_0236	F	05/02/2019	MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO
HU	HOSP	H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	SANCHO RODRIGO MARTA	2018_0242	F	28/02/2019	APLICACION DE UN PROTOCOLO DE FERROTERRAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE JACA DIAGNOSTICADOS DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA
HU	HOSP	H SAN JORGE DERMATOLOGIA	GARCIA MALINIS ANA JULIA	2018_1430	F	25/02/2019	OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRONICA ESPONTANEA
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	DOMINGUEZ CAJAL MANUEL	2018_0421	F	19/02/2019	DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE CROHN
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	OLIVAN GUERRI LORENZO	2018_1338	F	22/02/2019	OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA CITACION Y REALIZACION DE LACOLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	BELLOC BARBASTRO BLANCA	2018_1344	S2	24/02/2019	DISEÑO DE UN CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PREVIO A LA REALIZACION DE MANOMETRIA ESOFAGICA, PH-METRIA E IMPEDANCIOMETRIA PARA MEJORAR LA IDONEIDAD, PERTINENCIA E INTERPRETACION DE LA PRUEBA SOLICITADA
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	BER NIETO YOLANDA	2018_1355	F	13/03/2019	ANALISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS INTERCONSULTAS VIRTUALES DE LA SECCION DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA DEL HSJ DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	ASPURU RUBIO KATTALIN	2018_1399	F	26/02/2019	PROTOCOLO MANEJO PACIENTE PARA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CA COLORRECTAL CON ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES: IMPACTO SOBRE TIEMPOS DE DEMORA, MORBILIDAD PERI O POST-PROCEDIMIENTO Y ABSENTISMO LABORAL
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	CAMO MONTERDE PATRICIA	2018_1492	S1	11/02/2019	DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE DIRECCION	GIRAL OLIVAN ROSA	2018_0688	F	01/03/2019	ACCESO A LA INFORMACION Y ACREDITACION DE LAS COMISIONES CLINICAS DEL SECTOR HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE DIRECCION	BONDIA GIMENO ALFREDO	2018_1401	S1	20/12/2018	GESTION DE BIOSIMILARES
HU	HOSP	H SAN JORGE FARMACIA HOSPITALARIA	AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR	2018_1401	F	14/01/2019	GESTION DE BIOSIMILARES
HU	HOSP	H SAN JORGE GESTION DE SISTEMAS	MONTERO ALONSO GEMMA	2018_0686	F	28/01/2019	CUADRO DE MANDOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	BORREL RONCALES MERCEDES	2018_0366	F	22/02/2019	PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO
HU	HOSP	H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	BORREL RONCALES MERCEDES	2018_0366	F	25/02/2019	PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO
HU	HOSP	H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	LACALLE AICUA LAURA	2018_1046	F	21/02/2019	MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA DESDE HOSPITALIZACION
HU	HOSP	H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	MURILLO FLOREZ ILDA MARIA	2018_1084	F	20/02/2019	PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTENSIVA	LABARTA MONZON JOSE LORENZO	2018_0089	F	19/02/2019	MANEJO DE SEDOANALGESIA Y AGITACION EN UCI 2018
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTENSIVA	CERRO JUNCOSA ANA	2018_0108	S1	17/01/2019	DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	MARTINEZ PANZANO MARIA AUXILIADORA	2016_0704	S1	29/12/2017	IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	PELAY CACHO RAQUEL	2018_0174	F	27/02/2019	ESTIMACION Y MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR	2018_0424	F	27/02/2019	DETECCION MEDIANTE MAPA DE HIPERTENSION ENMASCARADA EN ADULTOS JOVENES VIH CON RIESGOCARDIOVASCULAR LEVE
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO	2018_0579	F	27/02/2019	MANEJO AMBULATORIO (DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO) DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

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

Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2018

Número de memorias: 149 (Actualizado el viernes 30 de agosto de 2019 a las 12:47:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	SALVATIERRA DOMPER SUSANA	2018_0404	F	26/02/2019	ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS PARA GERMEN MULTIRRESISTENTE POR PCH EN LOS HOSPITALES DE SAN JORGE Y DE JACA
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL	2016_0072	F	07/02/2019	MANUAL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS EN MICROBIOLOGIA. DIFUSION DEL DOCUMENTO Y MEJORA EN TOMA DE MUESTRAS CLINICAS
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	TORRES SOPENA LUIS	2016_1718	S2	08/02/2019	PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	ARRIBAS GARCIA JORGE	2018_0479	F	07/02/2019	INFORMES PRELIMINARES EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS MEDIANTE TINCION DE GRAM Y ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF)
HU	HOSP	H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	ANGULO LOPEZ ITZIAR	2018_0503	F	07/02/2019	ACREDITACION DE SESIONES CLINICAS MULTIPROFESIONALES EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA)
HU	HOSP	H SAN JORGE NEFROLOGIA	MUNGUIA NAVARRO PAULA	2018_0437	F	04/02/2019	MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS EN HEMODIALISIS
HU	HOSP	H SAN JORGE NEFROLOGIA	BEIRED VAL INES	2018_1035	F	19/02/2019	VALORACION DE ESTADO NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE NEFROLOGIA	FELEZ JUSTES ISABEL	2018_1098	F	20/02/2019	ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y DERIVACION A NEFROLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUROFISIOLOGIA CLINICA	PABLO ZARO MARIA JESUS	2018_0473	F	12/03/2019	GUIA DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUROLOGIA	GARCIA FERNANDEZ LORENA	2018_0279	F	27/02/2019	PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA ESPECIFICA DE CEFALEA EN H. SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MORENO PEREZ RAQUEL	2018_0418	S2	15/02/2019	INCLUSION EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DE TOT PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE)NUMERO DE REGISTRO: 2018_0418
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	AGUSTIN OLIVA ANDREA	2018_0447	F	11/02/2019	IMPLEMENTACION DE INFORMES DE ALTA TRAS CIRUGIA DE ALTA RESOLUCION
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	OBON CASTEL BEATRIZ	2018_0450	F	16/02/2019	AMPLIACION ESTUDIO POSTMORTEM FETAL
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	RUIZ CAMPO LEYRE	2018_0595	F	11/02/2019	PROTOCOLO DE PREDICION, DIAGNOSTICO Y VALORACION PRONOSTICA DE LA PREECLAMPSIA EN EL CONTROL OBSTETRICO
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS	2018_0330	F	20/02/2019	CONDUCTA PERIOPERATORIA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA DE CATARATA
HU	HOSP	H SAN JORGE ONCOLOGIA MEDICA	FERNANDEZ RUIZ ALEXIA	2018_1517	F	26/02/2019	OPTIMIZACION DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO ONCOLOGICO
HU	HOSP	H SAN JORGE ONCOLOGIA MEDICA	MADANI PEREZ JULIA	2018_1519	F	21/02/2019	REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS: QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS E INMUNOTERAPIA
HU	HOSP	H SAN JORGE OTORRINOLARINGOLOGIA	HERRERA TOLOSANA SILVIA	2018_1567	S1	26/02/2019	INFORME MEDICO ORIENTATIVO SOBRE LA ADAPTACIONAUDIOPROTESICA, EN PACIENTES CON HIPOACUSIA
HU	HOSP	H SAN JORGE OTORRINOLARINGOLOGIA	GASCON RUBIO MARIA CRISTINA	2018_1568	S1	26/02/2019	MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE INGRESADO EN ORL
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR	2018_0278	F	06/02/2019	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA NEONATAL MEDIANTE LA INCLUSION DEL DESPISTAJE DE LA INFECCION CONGENITA DE CITOMEGALOVIRUS
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES	2018_0283	S1	06/03/2019	ACTUALIZACION Y MEJORA CONTINUA EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) NEONATAL
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	CONGOST MARIN SOFIA	2018_0441	F	18/02/2019	CREACION DEL COMITE PERINATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	ABIO ALBERO SONIA	2018_0753	S1	19/02/2019	DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICION EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS
HU	HOSP	H SAN JORGE PSICOLOGIA CLINICA	MORER BAMBA BARBARA	2018_0115	F	07/02/2019	MEJORA DEL PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA DE LA UNIDAD DETRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE PSIQUIATRIA	LOPEZ BERNUES RICARDO	2018_0681	F	06/02/2019	COORDINACION TELEFONICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE PSIQUIATRIA	RIVARES MORCATE MARIA JESUS	2018_0696	F	04/02/2019	VALORACION DE LA CUMPLIMENTACION DEL PROTOCOLO DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS

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

Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2018

Número de memorias: 149 (Actualizado el viernes 30 de agosto de 2019 a las 12:47:06 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	HOSP	H SAN JORGE QUIROFANOS	ARRAZOLA ALBERDI OIHANA	2018_0564	F	11/01/2019	IMPLANTACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO DESTINADO A PACIENTES QUE VAN A RECIBIR DIFERENTES TRATAMIENTOS A TRAVES DE INYECCIONES INTRAOCULARES EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE RADIODIAGNOSTICO	SANCHEZ LALANA EVA	2016_0335	F	08/03/2019	LA IMPORTANCIA DE SABER DIFERENCIAR ENTRE REACCIONES FISIOLÓGICAS Y REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD AL MEDIO DE CONTRASTE RADIOLOGICO
HU	HOSP	H SAN JORGE REHABILITACION	AZANZA PARDO JORGE	2018_1053	F	25/02/2019	PLAN DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE RHB DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE REHABILITACION	GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE	2018_1145	F	20/02/2019	DISEÑO E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON INDICACION DE TRATAMIENTO REHABILITADOR
HU	HOSP	H SAN JORGE REHABILITACION	ALBAS TIERZ NURIA	2018_1343	F	25/02/2019	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION POR COMPETENCIAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE UCI	SERON ARBELOA CARLOS	2018_0070	F	16/01/2019	INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI
HU	HOSP	H SAN JORGE UCI	MENDOZA MURO GEMMA	2018_0086	S1	29/01/2019	HUMANIZACION, ACOGIDA DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI Y DISEÑO DE UNA GUIA DE PRESENTACION DE LA UNIDAD
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	GARCIA MOYANO LORETO MARIA	2018_0292	F	01/02/2019	JORNADA DE BIOETICA PARA LA CIUDADANIA
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	ELBAILE SARASA ROSARIO	2018_0509	F	19/02/2019	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	ELBAILE SARASA ROSARIO	2018_0509	F	10/03/2019	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	BLESA CLAVERO ELENA	2018_0694	S2	05/02/2019	IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA LA REVISION Y CONCILIACION TERAPEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	MILLAN ACERO ANA ROSA	2018_0972	F	26/02/2019	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA	2018_1036	F	26/02/2019	PROCESO PARA EL PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE UROLOGIA	CARCELLER TEJEDOR ELENA	2018_0510	F	05/02/2019	OPTIMIZACION DE RECURSOS EN LA GESTION DEL TUMOR VESICAL MUSCULO-INVASIVO, DESDE LA RESECCION TRANSURETRAL HASTA LA REALIZACION DE LA CISTECTOMIA
HU	HOSP	H SAN JORGE UROLOGIA	GARCIA RUIZ RAMIRO	2018_0515	F	05/02/2019	PUESTA EN MARCHA DE UN COMITE DE TUMORES UROLOGICOS CONJUNTO PARA LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA
HU	OT	DAP HUESCA	RIVERA FUERTES ANA MARIA	2016_1712	S1	25/01/2018	MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0714

1. TÍTULO

MEJORAR LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE SILVIA ROYO ROYO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALMUDEVAR
· Localidad ALMUDEVAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ZUBIAUZ PEREZ JOSE
JUSTES ABIOL ANA LIDIA
GROS CACHO ELENA
ATARES OTIN MARIA PAZ
VISA GONZALEZ ISABEL
ABADIA NOCITO LOURDES
LAFUENTE ARIÑO EVA ANGELINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En mayo se realizó un cartel detallando los pasos a seguir en la exploración del pie diabético que se colgó en las consultas del centro de salud y en la de los consultorios locales.
En septiembre realizamos tres sesiones a las que acudieron los profesionales de enfermería, salvo los que se encontraban de vacaciones.
En noviembre volvimos a reunirnos para revisar el cuadro de mandos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos llegado al objetivo ya que el 72% de los pacientes tiene la revisión del pie diabético realizada.
La fuente es el cuadro de mandos que va actualizando los datos periódicamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados pueden mejorar mucho todavía, sobretodo en algunos cupos, ya que hemos sufrido cambios de personal, bajas,..., que siempre influyen en entorpecer el avance positivo.
El proyecto es sostenible y ayuda a que la consulta de enfermería sea más eficiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/714 ===== ***

Nº de registro: 0714

Título
MEJORAR LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Autores:
ROYO ROYO SILVIA, ZUBIAUZ PEREZ JOSE MARIA, GROS CACHO ELENA, ABADIA NOCITO LOURDES, VISA GONZALEZ ISABEL, ATARES OTIN PAZ, JUSTES ABIOL ANA LIDIA, LAFUENTE ARIÑO EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

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 POSIBILIDAD QUE UNA PERSONA CON DIABETES MELLITUS DESARROLLE UNA ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO ES DE UN 15% Y UN 25%.
LAS ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO SON LA PRIMERA CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS Y LA AMPUTACIÓN, SU PRINCIPAL COMPLICACIÓN.
MUCHOS PACIENTES DIABÉTICOS DESCONOCEN QUÉ ES UNA ÚLCERA Y CÓMO PUEDE LLEGAR A AFECTAR A SU CALIDAD DE VIDA. UNA FORMA DE DISMINUIR LA POSIBILIDAD DE QUE NUESTRA POBLACIÓN DIABÉTICA DESARROLLE UNA ÚLCERA, SERÁ INFORMAR Y CONCIENCIAR A LOS DIABÉTICOS SOBRE EL AUTOCUIDADO, SIGUIENDO UNAS PAUTAS DE PREVENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0714

1. TÍTULO

MEJORAR LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

ESPECÍFICAS.

RESULTADOS ESPERADOS

- MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO.
- MEJORAR LA EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO.
- DETECCIÓN PRECOZ DE PATOLOGÍA VASCULAR, NEUROPÁTICA Y SU DERIVACIÓN A ESPECIALIZADA.
- IMPLICACIÓN DEL EAP Y DEL PACIENTE EN LA EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO

MÉTODO

_REALIZAR SESIÓN CLÍNICA :

- .DE LA INSPECCIÓN DEL PIE DIABÉTICO
- .DE LA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA DEL PIE DIABÉTICO.
- .DE LA EXPLORACION VASCULAR. TÉCNICA DOPPLER.
- .DETECCIÓN DEL RIESGO DEL PIE DIABÉTICO. VALORAR EL RIESGO DE PIE DIABÉTICO Y REALIZAR LA EXPLORACIÓN SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO.
- .DEL REGISTRO DE DATOS.
- .DEL USO DEL CUADRO DE MANDOS.
- _REALIZACIÓN DE UN CARTEL POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, DETALLANDO LOS PASOS A SEGUIR EN LA EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO. ESTE CARTEL ESTARÁ COLGADO EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA, TANTO DEL CENTRO DE SALUD COMO DE LOS CONSULTORIOS LOCALES.

INDICADORES

- _Nº PACIENTES CON EXPLORACIÓN PIE DIABÉTICO REALIZADA/ Nº PACIENTES DIABÉTICOS >= 70%
- _Nº DE PACIENTES CON EXPLORACIÓN DE PIE DIABÉTICO REALIZADA/ Nº PACIENTES DIABÉTICOS >= 60 %
- _Nº PACIENTES CON ITB REALIZADO / Nº PACIENTES DIABÉTICOS >= 40%

DURACIÓN

- INICIO DEL PROGRAMA EN MAYO DEL 2018
- SESIÓN CLÍNICA DEL PIE DIABÉTICO EN MAYO DEL 2018
- DURANTE EL AÑO SE CITARÁN LOS PACIENTES DIABÉTICOS EN CONSULTA PROGRAMADA PARA LA REALIZACIÓN DE LA EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO SEGÚN RIESGO.
- REALIZAR SEGUIMIENTO DE INDICADORES TRIMESTRALMENTE (JULIO 18/ OCTUBRE 18/ DICIEMBRE 18)

OBSERVACIONES

- EL PROYECTO PUEDE TENER ALGUNA MODIFICACIÓN DEPENDIENDO DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS PROFESIONALES Y DEL CENTRO

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 - 2018/0734

1. TÍTULO

APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE VERONICA BLANCO GIMENO
· Profesión MATRONA
· Centro CS ALMUDEVAR
· Localidad ALMUDEVAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR
ROYO ROYO SILVIA
VISA GONZALEZ ISABEL
GROS CACHO ELENA
JUSTES ABIOL ANA LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La captación de las participantes se llevó a cabo a través de las asociaciones de amas de casa y en las consultas de la matrona, medicina y enfermería.
Las participantes fueron todas mujeres con edades comprendidas entre los 45-55 años, comenzaron 12 y se mantuvo la asistencia hasta la última sesión.
Se elaboró un folleto informativo, entre todos los miembros del proyecto, para entregar a las mujeres que iban a participar en el proyecto.
Las sesiones previstas eran siete, al final se han hecho cinco, se suprimió la película "Tomates verdes fritos" y la del comentario de la misma.
Se realizó una sesión al mes desde mayo a diciembre salvo los de julio, agosto y septiembre por estar en periodo vacacional. Cada una se dividía en dos partes, en la primera se daba la información y en la segunda se abordaban preguntas, experiencias personales, ...
Todas las sesiones las ha impartido la matrona salvo la tercera " Hábitos de vida saludables en el climaterio: Alimentación y ejercicio físico" que la expuso la enfermera Isabel Visa.
La primera sesión se realizó el 7/5/18 a acudieron 12 mujeres Se les pasó la encuesta, se les entregó el folleto informativo y se trató el tema de la anatomía y fisiología de la mujer.
La última sesión, 3/12/19, se trató el tema Sexualidad y métodos anticonceptivos y se les pasó una encuesta final.
La actividad se ha realizado en la Sala de Juntas del Centro de Salud de Almuédvar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado en participación ha sido bueno, habiendo abandonos puntuales al alargarse en 5 sesiones, el interés de las mujeres ha sido alto.. En general se ha considerado alto el grado de comodidad, conocimientos adquiridos en el grupo, utilidad del aprendizaje y expectativas, suficiente el tiempo dedicado.
El 100% de las mujeres participantes conocen la diferencia entre la menopausia y el climaterio.
El 100% de las mujeres están concienciadas y comprometidas con llevar una dieta equilibrada y realizar ejercicio físico diario.
El 100% de las mujeres conocen las estrategias para prevenir posibles patologías relacionadas con la menopausia y el climaterio (obesidad, depresión, osteoporosis, incontinencia urinaria, ...).
Tras comparar los test (pre y post proyecto) observamos que el 75% de las mujeres han obtenido las respuestas correctas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La captación de esta población es dificultosa ya que la mayoría de las mujeres están trabajando.
Es una zona de salud con mucha dispersión y mucho nucleo rural, se tendría que contemplar la posibilidad de que la matrona se trasladara a los núcleo más grandes evitando los desplazamientos a los usuarios. Esta posible solución puede producir una mayor respuesta y un acercamiento de la figura de la matrona a la población.
Los asistentes han expresado su satisfacción tras realizarlos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/734 ===== ***

Nº de registro: 0734

Título
APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

Autores:
BLANCO GIMENO VERONICA, FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR, ROYO ROYO SILVIA, VISA GONZALEZ ISABEL, GROS CACHO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0734

1. TÍTULO

APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

ELENA, JUSTES ABIOL ANA LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

LA TRANSICIÓN DE LA MADUREZ A LA SENECTUD EN LA MUJER SE PRODUCEN DIVERSOS CAMBIOS, LOS CUALES EN GENERAL SON DESCONOCIDOS POR LA POBLACIÓN. ESTOS CAMBIOS GENERAN DIFERENTES SINTOMAS, QUE EN EL 50 % DE LAS MUJERES EN ESTA ETAPA LES GENERA DETERIORO EN SU CALIDAD DE VIDA.

RESULTADOS ESPERADOS

.DIFERENCIAR ENTRE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA
.CONOCER E IDENTIFICAR LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE ESTE PERIODO
.PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PROPIOS DEL CLIMATERIO
.CONOCER ESTRATEGIAS PARA PREVENIR POSIBLES PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON EL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA

MÉTODO

LA ACTIVIDAD CONSTARÁ DE SIETE SESIONES DE UNA HORA DE DURACIÓN A UN GRUPO DE APROXIMADAMENTE 10 MUJERES CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 45 Y 55 AÑOS
LA CAPTACIÓN SE REALIZARÁ A AQUELLAS MUJERES QUE ACUDAN A LA CONSULTA DE LA MATRONA, DE ENFERMERIA O DE MEDICINA, QUE SE ENCUENTREN EN LA EDAD ACOTADA.
TEMAS A TRATAR EN CADA SESIÓN:
.ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA MUJER
.SINTOMATOLOGÍA Y CAMBIOS EMOCIONALES
HABITOS DE VIDA SALUDABLES EN EL CLIMATERIO
.SEXUALIDAD Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
.TRATAMIENTOS Y PREVENCIÓN DEL CANCER GINECOLÓGICO
.PELÍCULA " TOMATES VERDES FRITOS"
.COMENTARIO DE LA PELÍCULA . EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

INDICADORES

-% DE MUJERES QUE CONOCEN LA ETAPA DEL CLIMATERIO (QUÉ ES Y COMO AFECTA A SU ORGANISMO Y A SU VIDA / TOTAL DE MUJERES QUE PARTICIPAN
-% DE MUJERES QUE REALIZAN DIETA SALUDABLE /TOTAL DE MUJERES QUE PARTICIPAN
-% DE MUJERES QUE REALIZAN EJERCICIO / TOTAL DE MUJERES QUE PARTICIPAN
-PARA LA EVALUACIÓN SE COMPARARÁN LOS TEST PRE Y POST, DONDE LAS PARTICIPANTES DEBERÁN OBTENER, AL MENOS, UN 25% MÁS DE RESPUESTAS CORRECTAS EN EL POST CON RESPECTO AL PRE.

DURACIÓN

DESDE MAYO A DICIEMBRE. EN MAYO SE CAPTARÁN EN LAS CONSULTAS A LAS MUJERES PARTICIPANTES. SERÁN SIETE SESIONES REPARTIDAS A UNA POR MES, SIEMPRE COINCIDIENDO CON EL PRIMER LUNES DE CADA MES.

OBSERVACIONES

EL PROYECTO PUEDE TENER ALGUNA MODIFICACIÓN DEPENDIENDO DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS PROFESIONALES Y DEL CENTRO Y DE LAS VALORACIONES DE LOS PARTICIPANTES

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 - 2018/0767

1. TÍTULO

ALMUDEVAR CAMINA

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA MAR FERNANDEZ IZARBEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALMUDEVAR
· Localidad ALMUDEVAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROYO ROYO SILVIA
GROS CACHO ELENA
VISA GONZALEZ ISABEL
ATARES OTIN MARIA PAZ
ABADIA NOCITO LOURDES
JUSTES ABIOL ANA LIDIA
LAFUENTE ARIÑO EVA ANGELINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Al comienzo se reunió a las personas interesada que cumplieran con el perfil propuesto y se les informó en que consistía la actividad. Se les pasó una encuesta y a la semana se realizó una charla informativa sobre la importancia de la alimentación y el ejercicio físico para prevenir enfermedades cardiovasculares. Los meses de verano se suspendió la actividad, retomándola en octubre. La actividad se realiza todos los miércoles a las nueve de la mañana con una duración de aproximadamente una hora. El grupo consta de diez personas que se mantiene constante en todas las sesiones. Consiste en paseos de marcha moderada ya que el perfil de las participantes lo permite. Antes y después de la actividad se realizan unos ejercicios de estiramiento. Trascurridos los dos meses de la actividad se les volvió a pasar la encuesta y apreciamos una respuesta muy positiva.

En septiembre, en la Residencia de Mayores "Santo Domingo" de Almuévar se contrató a una terapeuta ocupacional. Cuando nos enteramos nos pusimos en contacto con ella para manifestarle nuestro interés por su labor y para intentar trabajar conjuntamente con ella. Realizamos una guía de ejercicios encaminada al anciano frágil. Esta actividad se desarrolla una vez a la semana y con una duración de aproximadamente una hora. Se incluye a todos los ancianos independientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los participantes han aumentado su interés por modificar sus hábitos sedentarios para mejorar su calidad de vida y reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. El grupo ha afianzado sus relaciones y son ellos los que quedan el resto de los días de la semana para continuar realizando actividad física. No se han apreciado importantes variaciones en los indicadores de TA, FC e IMC.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto va a continuar durante el 2019 y se plantea para este próximo año comenzar con pacientes frágiles institucionalizados. En marzo, en el núcleo de San Jorge, se valorará crear otro grupo con personas de más edad y mayores limitaciones por lo que la marcha se adaptará a su perfil. Se irán midiendo los indicadores a lo largo de este año 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/767 ===== ***

Nº de registro: 0767

Título
ALMUDEVAR CAMINA

Autores:
FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR, ROYO ROYO SILVIA, GROS CACHO ELENA, VISA GONZALEZ ISABEL, ATARES OTIN PAZ, ABADIA NOCITO LOURDES, JUSTES ABIOL ANA LIDIA, LAFUENTE ARIÑO EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0767

1. TÍTULO

ALMUDEVAR CAMINA

Otro Tipo Patología: enfermedades mentales
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES SON LA PRIMERA CAUSA DE MUERTE EN NUESTRA COMUNIDAD AUTONOMA Y PARA PODER DISMINUIR SU INSIDENCIA Y MORTALIDAD ES FUNDAMENTAL ACTUAR SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO QUE FAVORECEN SU APARICIÓN.
SE DISTINGUEN DOS TIPOS DE FACTORES DE RIESGO, LOS NO MODIFICABLES (SEXO, EDAD Y HERENCIA GENÉTICA) Y LOS MODIFICABLES (TABACO, HIPERTENSION ARTERIAL, DISLIPEMIAS, DIABETES MELLITUS, OBESIDAD, SEDENTARISMO Y CONSUMO DE ALCOHOL.
ESTÁ DEMOSTRADO QUE EL DEJAR DE FUMAR, REDUCIR EL CONSUMO DE SAL Y DE GRASAS, EL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DE FORMA REGULAR, Y EVITAR EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL REDUCE EL RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

RESULTADOS ESPERADOS
AUMENTAR EL INTERES DE LA POBLACIÓN, DEL CENTRO DE SALUD DE ALMUDEVAR, POR MODIFICAR SUS HÁBITOS SEDENTARIOS PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA Y REDUCIR EL RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

MÉTODO
LA ACTIVIDAD SE REALIZARÁ LOS MIÉRCOLES A LAS DIEZ DE LA MAÑANA, SU DURACIÓN SERÁ DE APROXIMADAMENTE UNA HORA.
CONSISTIRÁ EN PASEOS DE MARCHA LEVE O MODERADA, DE ACUERDO CON LA CONDICIÓN FÍSICA DE LOS PARTICIPANTES. ANTES Y DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD SE HARÁN UNOS EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO.

INDICADORES
- AL COMIENZO DE LA ACTIVIDAD SE PASARÁ UNA ENCUESTA SOBRE LOS HÁBITOS SEDENTARIOS A LOS PARTICIPANTES Y AL FINALIZAR SE REALIZARÁ OTRA, PARA COMPARAR Y VER SI ESTOS HAN CAMBIADO .
- EL PRIMER DÍA DE LA ACTIVIDAD Y EL ÚLTIMO SE MEDIRÁN LAS CONSTANTES VITALES (PA, FC) Y EL IMC Y COMPARAR PARA VER POSIBLES CAMBIOS.
- TRASCURRIDOS DOS MESES DE INICIADO EL PROYECTO SE PASARÁ UNA ENCUESTA PARA VALORAR LA MOTIVACIÓN DE LOS PARTICIPANTES Y RECOGER SUGERENCIAS PARA IR MEJORANDO LA ACTIVIDAD.

DURACIÓN
COMENZARÁ EL PROYECTO EN MAYO Y TERMINARÁ EN NOVIEMBRE DEL 2018, AUNQUE PRETENDE SER UN PROYECTO DE CONTINUIDAD Y DE TRABAJO A LARGO PLAZO.

OBSERVACIONES
EL PROYECTO PUEDE TENER ALGUNA MODIFICACIÓN DEPENDIENDO DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS PROFESIONALES Y DEL CENTRO Y DE LAS VALORACIONES DE LOS PARTICIPANTES.

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 - 2018/0849

1. TÍTULO

VIVIR BAILANDO

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA DEL CARMEN CAMPOS AVELLANA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS ALMUDEVAR
- Localidad ALMUDEVAR
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

REAMARTINEZ LAFUENTE MARIA CARMEN

JUSTES ALIOD ANA LIDIA

PISA MAÑAS JARA

AVELLANAS MONTORI SOFIA

GARCES CASTILLO BEATRIZ

SANCHEZ COPA CRISTINA VANESA

VITALLA PERALTA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó la presentación del proyecto, Mayo ; en los municipios, a las asociaciones, Centro de salud y presidente del Consejo de Salud.

Se elaboró un cartel para anunciar la presentación y otro para comunicar horario y lugar de la actividad que se mantiene en los consultorios y lugares de reunión en cada localidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Inicio de la actividad Junio 2018

Se han realizado sesiones semanales en los dos núcleos de población: 20 sesiones en Alcalá y 19 en Valsalada.

El número de participantes ha sido de 5 en Valsalada(V) y 18 en Alcalá(A).

En los meses de verano esta cifra se ha visto aumentada por la participación en la actividad de personas que veranean en los pueblos.

Hasta hoy todas son mujeres

La edad de las participantes entre 60/75 años es el 47% y entre 75/85 años el 53% para Valsalada y en Alcalá los dos grupos 65/75 y 75/85 al 50%

La media de asistencia ha sido 4 (V) y 12(A) personas

Los días de mayor asistencia fueron 6(V) y 20(A). Los de menor participación 2°(V) y 5 (A)

Según la encuesta inicial realizaban alguna actividad física a diario al aire libre en un 80% y a los 6 meses la realizan en el 89%

Se realizaron dos encuestas individuales a los 2 y 6 meses

* Sobre la percepción subjetiva de mejora referida a movilidad, estado de ánimo y relación con los demás con una escala 0-10 los resultados a los 6 meses:

-mejora movilidad: 7.5 (v) y 7(A)

-estado ánimo: 8.5(V) y 8(A)

-relación social: 8 en los dos.

*Sobre satisfacción, escala 0-10, a los 6 meses // inicio, referida a:

-Tiempo para hacer lo que le gusta: 8.2//4.8 (V) y 8.6//6.2 (A)

-Lo que hace en su día a día merece la pena: 8//7.8(V) y 8.4//7.3(A)

-Satisfacción con su vida en conjunto en la actualidad: 8.2//6.6(V) y 8//7.2(A)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los participantes han expresado su satisfacción con la actividad, por pertenecer a un grupo y están incorporando las actividades aprendidas a su rutina diaria tanto dentro de casa como en actividad al aire libre

Tanto los ejercicios de relajación como los respiratorios han sido claves para iniciar y terminar la actividad en un ambiente relajado y positivo.

Los ejercicios de coordinación, equilibrio y corrección postural se han realizado según la planificación.

En relación con la actividad de ejercicio con música, baile, dadas las limitaciones para la bipedestación estable de algunos de los participantes se ha optado por hacer ejercicios preferentemente en sedestación.

No se ha conseguido la incorporación de participantes masculinos.

Pensamos que el proyecto puede continuar debido al interés, mejoras percibidas y satisfacción manifestada por las participantes.

La sostenibilidad del proyecto por el momento nos parece posible.

El proyecto es replicable

7. OBSERVACIONES.

Por la limitación de espacio no he aportado las encuestas utilizadas. Ruego me indique si es necesario

*** ===== Resumen del proyecto 2018/849 ===== ***

Nº de registro: 0849

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0849

1. TÍTULO

VIVIR BAILANDO

Título
VIVIR BAILANDO

Autores:
CAMPOS AVELLANA MARIA DEL CARMEN, REMARTINEZ LAFUENTE MARIA CARMEN, JUSTES ABIOL ANA LIDIA, PISA MAÑAS JARA, AVELLANAS MONTORI SOFIA, GARCES CASTILLO BEATRIZ, SANCHEZ COPA CRISTINA VANESA, VITALLA PERALTA SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
*Los dos núcleos de población donde se va a realizar el proyecto tienen alta tasa de envejecimiento poblacional con pérdida de coordinación motora, flexibilidad, fuerza y equilibrio, además de pobres habilidades y resistencias para uso de sistemas de apoyo como bastones, andadores, ...
*Alta prevalencia de enfermedades crónicas, procesos algícos y somatización.
*Escasa actividad física, alto nivel de sedentarismo sobre todo en la población femenina, tendencia al aislamiento social.
El aumento de la actividad física ha demostrado la efectividad en la reducción de factores de riesgo cardiovascular, la mejora de la salud mental y la prevención de caídas sobre todo en ancianos.
La práctica de ejercicio grupal disminuye el aislamiento social, se ha demostrado que mejoran los autocuidados y las capacidades para desarrollar estrategias de afrontamiento de la enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS
*Promover la participación activa de las personas mayores, con la creación de grupos normalizados y la inclusión de personas mayores con especiales problemáticas en la actividad
* Motivar para la realización de ejercicio físico.
* Adquirir conocimientos y estrategias necesarias para la realización de ejercicios físicos.
* Mejorar el estado cardiovascular, cardiorrespiratorio flexibilidad, fuerza, equilibrio, psicomotricidad fina, etc. en las personas mayores.
* Dotar de conocimientos sobre los hábitos saludables y la alimentación, así como de estrategias para desarrollar la memoria, la autoestima y las habilidades de comunicación.
* Fomentar la convivencia y las relaciones sociales a través de la participación en la actividad.
* Mantener el cuerpo y la mente activos de los destinatarios del Proyecto.

MÉTODO
Se publicitará el inicio de la actividad con apoyo de las asociaciones mediante cartel con 15 días de antelación
En consulta captación activa.
Reunión inicial para presentación del proyecto en Centro de salud y localidades
El grupo máximo 20 participantes por localidad. Posibilidad creación dos grupos.
Frecuencia de la actividad 1 día por semana.
La duración 1 hora por sesión.
El lugar local social
Las sesiones tendrán el desarrollo siguiente :
*Acogida (y presentación el primer día)
*Ejercicio de relajación
*Ejercicios respiratorios
*Ejercicios de estiramiento muscular y movilidad articular
*Ejercicios de coordinación desde movimiento grueso evolucionando a movimiento fino y de expresión de gesto en la medida de las posibilidades. Utilización de pequeños accesorios y materiales para ayuda en la coordinación
*Ejercicios para mejorar el equilibrio, corrección y ajuste postural
*Coordinación con música, Baile = movimiento coordinado al ritmo de la música .
*Descanso y puesta en común de experiencia de la actividad y recepción de inquietudes o modificaciones para la próxima sesión
*Ejercicio de respiración
*Ejercicio de relajación final y despedida.

Durante las sesiones se realizarán recomendaciones sobre hidratación, higiene corporal cuidado de los pies, uso de calzado, ropa adecuada y horario de ingesta previo al ejercicio.

INDICADORES
Número de sesiones realizadas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0849

1. TÍTULO

VIVIR BAILANDO

Participantes en la actividad
Media de participantes por sesión.
Encuestas de evaluación previa a ola actividad, a los dos meses del inicio y posteriormente de forma semestral sobre actividad física diaria habitual, y estado de bienestar subjetivo.
Diciembre/anual, se valorará la satisfacción con la actividad de los participantes mediante encuesta

DURACIÓN

- *Planificación y elaboración del proyecto mayo 2018
- *Inicio de actividad en Junio de 2018
- *Duración del proyecto fase implantación hasta diciembre2018.
- *Evaluación de resultados según indicadores propuestos
- *Previsión de seguimiento de la actividad en el futuro de forma anual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 22/12/2017

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

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

6.3. VALORACIÓN DE RESULTADOS:

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

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

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

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

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

6.4. OBTENCIÓN DE DATOS:

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

1. TÍTULO

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

en OMI.

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1278

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

MÉTODO

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

INDICADORES

En pacientes que presenten factores de riesgo de ERC:

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

Detectar una vez al año:

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0549

1. TÍTULO

REVISION DE UTILIZACION DE HIPOLIPEMIANTE COMBINADOS EN PREVENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 29/01/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORREL MARTINEZ JOSE MARIA
CLAVERO PEREZ MANUEL
GUERRERO ALVAREZ BELEN
LAZARO BALAGUER FRANCISCO
MALO GRACIA MARIA ELENA
RAMON CASANOVA RICARDO
SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5.1. Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a evaluar. Reunión preliminar donde se presentó el proyecto el 7 de Mayo 2018.

5.2. Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad para establecer las indicaciones en Prevención Primaria de los hipolipemiantes, en monoterapia y terapia combinada. Se realizaron 2 sesiones clínicas :

5.2.1. Sesión clínica sobre "Estimación individual y cálculo del RCV con tablas SCORE y REGICOR en pacientes en prevención primaria. Indicaciones de tratamiento en prevención primaria. Criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes". Realizada el 10 Mayo 2018. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados, y para consulta de los profesionales del centro.

5.2.2. Sesión clínica sobre "Tratamiento con estatinas. Objetivos lipídicos según las guías de Prevención Cardiovascular de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) 2016". 14 Mayo 2018. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados, y para consulta de los profesionales del centro.

5.3. Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. 3 de Septiembre 2018.

5.4. Primer seguimiento de resultados a fecha de 30 de septiembre 2018. Se valoran los resultados y se remiten a Atención Primaria el 11 de Octubre 2018.

5.5. Plan de comunicación entre los profesionales del EAP sobre valoración de resultados tras primer seguimiento. Errores detectados y soluciones a poner en marcha. Se realiza el 15 de Octubre 2018.

5.6. Finalización de proyecto con resultados a fecha 20 de Diciembre 2018. Se obtienen los resultados a dicha fecha y se redacta memoria definitiva del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 6.1. Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes combinados al inicio del estudio = 8,47%
- 6.2. Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes combinados al finalizar el estudio = 7.64%
- 6.3. Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes en monoterapia al inicio del estudio = 91,52%
- 6.4. Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes en monoterapia al finalizar el estudio = 92,35%
- 6.5. Porcentaje de pacientes al inicio del estudio que toman estatinas en monoterapia = 80,7%
- 6.6. Porcentaje de pacientes al finalizar el estudio que toman estatinas en monoterapia = 83,56%
- 6.7. Porcentaje de pacientes al inicio del estudio que toman ezetimiba en monoterapia = 4,8%
- 6.8. Porcentaje de pacientes al finalizar el estudio que toman ezetimiba en monoterapia = 3,11%

VALORACIÓN DE RESULTADOS:

- Los objetivos iniciales que nos planteamos era conseguir modificaciones superiores al 5% en cuanto a reducción de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes combinados en prevención primaria. Y hay que decir que las expectativas han sido superadas con casi un 10% de reducción, lo que ha sido posible a una revisión a fondo de las indicaciones marcadas por las guías y aplicadas a nuestros pacientes.

- Importante ha sido la reducción de ezetimiba en monoterapia, de algo más de un 35%, acorde con los planteamientos de las Guías Europeas de dislipemias. Las indicaciones eran claras en cuanto a su utilización siempre que no se toleren estatinas. Por tanto tras una revisión a fondo de las indicaciones en prevención primaria, se comprobó que muchos de los pacientes no las cumplían.

- Esta mejora de resultados final se consiguió tras la valoración de los mismos en el primer seguimiento llevado a cabo en octubre, donde se recogieron datos que, aunque mejoraban los iniciales, distaban mucho de ser los actuales finales. Por tanto la valoración de estos datos en una reunión por el equipo repercutió en una mejora en la consecución de los planteamientos del proyecto.

- Este proyecto ha tenido un importante impacto en el tratamiento de nuestros pacientes, que sin tener ninguna patología cardiovascular, han visto reducido el uso de hipolipemiantes combinados, con la consiguiente mejora en evitar efectos secundarios.

- Los indicadores utilizados se acordaron inicialmente con la farmacéutica del Sector de Huesca, que orientó a aquellos que nos facilitarían una extracción de datos a partir de los listados proporcionados por la misma. Por tanto, los listados de los pacientes actualizados en el primer seguimiento y el final, han sido proporcionados por la farmacéutica, y analizados directamente en el Centro de Salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0549

1. TÍTULO

REVISION DE UTILIZACION DE HIPOLIPEMIANTES COMBINADOS EN PREVENCION PRIMARIA

- La actualización de los componentes del equipo en cuanto a las indicaciones de los tratamientos hipolipemiantes ha sido un factor primordial a la hora de la consecución de los objetivos iniciales. Los diversos recordatorios han facilitado al equipo una actualización que ha permitido mejorar las indicaciones iniciales de hipolipemiantes, así como la posibilidad de desprescripción de aquellos que no las cumplían. Todo ello se ha objetivado en los sucesivos cortes del proyecto llevados a cabo: disminuyo el uso de hipolipemiantes combinados en el primer seguimiento un 5,54%, y en el corte final se ha conseguido una disminución del 9,79%, datos que dan muestra de la importancia de hacer una revisión exhaustiva de los tratamientos.
- Se comenzó a revisar las prescripciones de ezetimiba en aquellos pacientes que la llevaban combinada o en monoterapia, favoreciendo la desprescripción en los casos en que no estaba indicada, consiguiendo una reducción de 35,2%.
- Todo ello supone una mejora muy sustancial respecto a los datos que el CS Ayerbe presentaba en la comparativa con el resto de centros del sector Huesca al comienzo del proyecto. La decisión de proponer este plan de trabajo era para mejorar los cifras iniciales.
- Pero la mejora no solo es a nivel de los pacientes, sino incluso a nivel de consumo farmacéutico reduciendo los costes del mismo.
- Los profesionales del equipo de AP disponen en estos momentos de documentación actualizada para su consulta sobre calculo de RCV, indicaciones de estatinas y resto de hipolipemiantes. Y un manejo más practico de todos ellos al poder contrastar la mejora sustancial del uso de los mismos.
- El proyecto es totalmente sostenible puesto que no ha precisado de ningún recurso adicional.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/549 ===== ***

Nº de registro: 0549

Título
REVISION DE UTILIZACION DE HIPOLIPEMIANTES COMBINADOS EN PREVENCION PRIMARIA

Autores:
MARCO AGUADO MARIA ANGELES, BORREL MARTINEZ JOSE MARIA, CLAVERO PEREZ MANUEL, GUERRERO ALVAREZ BELEN, LAZARO BALAGUER FRANCISCO, MALO GRACIA MARIA ELENA, RAMON CASANOVA RICARDO, SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

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 .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La importancia del proyecto nace tras la valoración de los resultados de los indicadores del Acuerdo de gestión de 2017 de nuestro CS, donde se aprecia un alto porcentaje de pacientes que tienen doble prescripción de hipolipemiantes en prevención primaria.
Basándonos en las Guías Europeas 2016 para el manejo de las dislipemias para prevención de la enfermedad cardiovascular (ECV), las estatinas constituyen el tratamiento mas eficaz y seguro para reducir el c-LDL y la ECV. Pero en prevención primaria hay que estratificar, previamente, de forma individual el RCV, que nos ayudará a tomar la decisión de iniciar tratamiento con estatinas.
El uso rutinario en prevención primaria de ezetimiba, fibratos o ácidos omega-3 asociados a estatinas no se recomienda al carecer de evidencia consistente de su efectividad en variables clínicas y de seguridad, por lo que su uso debería quedar limitado a pacientes de muy alto riesgo, que no toleren tratamiento con estatinas a las dosis recomendadas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Conocer el porcentaje de pacientes en prevención primaria y en tratamiento con combinación de fármacos hipolipemiantes, y revisar la indicación de las prescripciones en dichos pacientes identificando el grado de RCV en prevención primaria y valorar la suspensión de uno de los fármacos según los criterios establecidos en las GPC.
- Conocer el porcentaje de pacientes en prevención primaria y en tratamiento con estatinas y ezetimiba en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0549

1. TÍTULO

REVISION DE UTILIZACION DE HIPOLIPEMIANTE COMBINADOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA

monoterapia, y valorar la idoneidad del hipolipemiente usado, si se ajusta a las directrices marcadas por las GPC y determinar el cambio del mismo si es necesario

MÉTODO

- Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar. Se llevará a cabo en una reunión inicial, así como reuniones periódicas de forma trimestral para puesta en común y rectificación de objetivos si fuera necesario.
- Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad para establecer las indicaciones en prevención primaria de los hipolipemiantes, en monoterapia o terapia combinada:
 - o Estimación individual y cálculo del RCV con tablas SCORE y REGICOR en pacientes en prevención primaria.
 - o Indicaciones de tratamiento en prevención primaria: cambios en estilo de vida.
 - o Criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes para el tratamiento y control de la dislipemia como factor de riesgo cardiovascular.
 - o Tratamiento tanto en monoterapia, como combinado: pautas, indicaciones y perfil de seguridad.
 - o Objetivos lipídicos según las guías de Prevención Cardiovascular de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) 2016.

INDICADORES

- Se considerarán Prevención Primaria todos los diagnósticos SIN CÓDIGO CIAP K74 (angina), K75 (IAM), K76 (enfermedad cardíaca arterioesclerótica) y K90 (accidente cerebrovascular/ictus).
- Se valorará la idoneidad de la prescripción del tratamiento hipolipemiantes y se procederá a su modificación o suspensión si es necesario.
 - 1) Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes combinados al inicio del estudio.
 - 2) Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes combinados al finalizar el estudio.
 - 3) Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes en monoterapia al inicio del estudio
 - 4) Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes en monoterapia al finalizar el estudio
 - 5) Porcentaje de pacientes al inicio del estudio que toman estatinas en monoterapia
 - 6) Porcentaje de pacientes al finalizar el estudio que toman estatinas en monoterapia
 - 7) Porcentaje de pacientes al inicio del estudio que toman ezetimiba en monoterapia
 - 8) Porcentaje de pacientes al finalizar el estudio que toman ezetimiba en monoterapia

DURACIÓN

- 1) Reunión preliminar con el EAP para presentación del proyecto. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 7 Mayo 2018
- 2) Sesión clínica sobre Estimación individual y cálculo del RCV con tablas SCORE y REGICOR en pacientes en prevención primaria. Indicaciones de tratamiento en prevención primaria. Criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 14 Mayo 2018
- 3) Sesión clínica sobre Tratamiento con estatinas. Objetivos lipídicos según las guías de Prevención Cardiovascular de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) 2016. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 21 Mayo 2018
- 4) Fecha de inicio del proyecto: 1 Junio. Responsable: coordinador del mismo.
- 5) Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. Previsto para: Septiembre. Responsable: Belén Guerrero Álvarez
- 6) Fecha prevista de finalización del proyecto: 1 diciembre
- 7) Evaluación del proyecto: 15-20 diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0575

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE ANCIANOS Y ENFERMOS CRONICOS EN NUESTRA ZONA BASICA E SALUD

Fecha de entrada: 19/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABADIAS LIESA FRANCISCO JOSE
GUERRERO ALVAREZ BELEN
MONTORI TORRIJOS SARA
GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU
PEREZ GAMAZO VANESA
PELEATO LOPEZ OLGA
SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A fin de proyecto se han realizado las actividades que se tenían programadas. Se han realizado tres sesiones en las distintas residencias de la zona. En las que se han hablado de:

- Lavado de manos con un taller práctico con lámpara UVA y reactivo para ver técnica correcta.
- Signos y síntomas más importantes en el anciano a valorar por parte del personal de la residencia. Se les dan pautas de actuación en tales casos y medidas a tener en cuenta en casos como hipoglucemias, síncope...
- Estado de vacunación y su importancia por parte de los usuarios de las residencias como de los profesionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado obtenido en los indicadores es el siguiente tras la revisión de la historia clínica del estado vacunal antes y después de las intervenciones.

Porcentaje de trabajadores correctamente vacunados gripe tras nuestra intervención:

- En Ayerbe 57% vacunadas, 14,2% desconocidos, 28,8% no vacunadas.
- En Agüero 28,5% vacunados y 57.3% no vacunadas, 14,2% desconocido

Porcentaje de trabajadores correctamente vacunados Hepatitis B tras nuestra intervención:

- En Ayerbe 71,6% 14.2% desconocido, 14,2% no vacunadas
- En Agüero 57%, 21,5% desconocido, 21,5% no vacunadas

Porcentaje de trabajadores correctamente vacunados de dT tras nuestra intervención.

- En Ayerbe 62% vacunadas, 14,2% desconocido, 23,8 no vacunadas
- En Agüero 71% vacunadas, 14,5% desconocido, 14,5% no vacunadas

Nivel de conocimiento de los temas a tratar: Tras las sesiones realizadas el personal nos muestra subjetivamente por comentarios que nos realizan que las intervenciones y talleres realizados les han servido para aumentar conocimientos, aclarar dudas y para mejorar las relaciones con el centro de salud. También muestran su interés por otros temas distintos a los tratados y que se queda que se desarrollarán en futuras intervenciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoración del equipo positiva de las intervenciones realizadas.

Se observa un aumento considerable del porcentaje de profesionales bien vacunados tras las sesiones y talleres realizados en especial es llamativo el aumento en la vacunación de VHB. Observamos que en cuanto a la vacunación de la gripe son más reticentes a ponerse, los trabajadores nos verbalizan su temor a los síntomas que pueden padecer tras la administración y eso se evidencia en la baja vacunación, lo que nos hace plantearnos otro tipo de estrategias para futuras intervenciones para aumentar este indicador.

El uso de material didáctico utilizado en el taller de lavado de manos nos parece muy adecuado para este tipo de sesiones ya que dinamiza el aprendizaje y hace que no sea tan pesado, por lo que para futuras intervenciones valoramos aumentar el uso de este tipo de técnicas de aprendizaje más que el formato de charla.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/575 ===== ***

Nº de registro: 0575

Título
EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE ANCIANOS Y ENFERMOS CRONICOS EN NUESTRA ZONA BASICA DE SALUD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0575

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE ANCIANOS Y ENFERMOS CRONICOS EN NUESTRA ZONA BASICA E SALUD

Autores:

LANZAROTE NASARRE LOURDES, GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU, MONTORI TORRIJOS SARA, ABADIAS LIESA FRANCISCO JAVIER, PEREZ GAMAZO VANESA, PELEATO OLGA LOPEZ, SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ, GUERRERO ALVAREZ BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MANEJO DE PATOLOGÍA DEL ANCIANO
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: -----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió "salud" en 1948 de la siguiente forma: "salud equivale a un completo estado de bienestar físico, mental y social que no consiste únicamente en una ausencia de enfermedad"

Por otra parte, en 1969 definió educación para la salud: "La educación sanitaria se basa en inducir a las personas a adoptar y mantener las costumbres de una vida sana, a utilizar razonablemente los servicios sanitarios puestos a su disposición y también a tomar decisiones, individual y colectivamente, para mejorar su estado de salud y el del medio en que habitan".

Estudiando la población de nuestra zona básica de salud (ZBS), observamos que está muy envejecida, como así demuestra una pirámide poblacional regresiva. Esto se traduce en un número elevado de ancianos y enfermos crónicos, que precisan cuidado y atención de otra parte de la población, menos numerosa, más joven, pero que debe "mantenerse sana".

Este proyecto es la continuación de la creación e implantación de una agenda comunitaria en nuestro centro de salud.

Tras el estudio de la población y determinar las necesidades reales en la zona de salud de Ayerbe en materia de Comunitaria en el anterior proyecto, se pretende poner en marcha la agenda comunitaria mediante una serie de acciones sobre la población anciana buscando su empoderamiento en materia de salud y fomentar estilos de vida más saludables. El fin de este proyecto, es proporcionar a los habitantes de la comunidad conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para mejorar su calidad de vida y la de los ancianos de su entorno, bien sea porque son trabajadores de residencias de ancianos, cuidadores en domicilio (contratados o familiares que tiene a su cargo personas mayores dependientes).

RESULTADOS ESPERADOS

Dar herramientas a la población encargada del cuidado de personas ancianas para saber:

- Gestionar su autocuidado: Promover la vacunación antigripal. Correcto lavado de manos y uso de antiséptico de manos, guantes. Uso de mascarilla en los casos indicados para evitar contagio del personal residente o del anciano en general. Correcta manipulación y movilización de los ancianos para evitar autolesiones.
- Identificar situaciones de riesgo para el anciano, principalmente: hipoglucemia, hipotensión, crisis hipertensivas, síncope.

MÉTODO

- Sesión formativa de higiene, lavado de manos y vacunas para prevención de transmisión y contagio de enfermedades infecciosas comunes en el entorno: gripe, gastroenteritis aguda, otras infecciones del tracto respiratorio.
- Sesión sobre signos de alarma en el anciano más comunes: síncope, hipoglucemia, hiperglucemia crisis hipertensivas.

INDICADORES

- 1- Porcentaje de trabajadores correctamente vacunados cada año antes de nuestra intervención.
 - 2- Porcentaje de trabajadores correctamente vacunados cada año después de nuestra intervención.
 - 3- Nivel de conocimiento de los temas a tratar, previo a la intervención (al inicio de la sesión)
 - 4- Nivel de conocimiento adquirido de los temas tratados (una vez finalizada la sesión)
- Los puntos 1 y 2 se evaluarán con la recogida de datos de vacunación en el registro existente en OMI
Los puntos 3 y 4 se evaluarán realizando un test al inicio de la sesión y otro al final para comparar los conocimientos previos con los adquiridos.

DURACIÓN

- 1) Reunión del equipo para presentación del proyecto: 4 junio 2018
- 2) Reunión del equipo para presentar materiales, ideas y propuestas para diseño de la intervención en la población diana: 18 junio 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0575

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE ANCIANOS Y ENFERMOS CRONICOS EN NUESTRA ZONA BASICA E SALUD

- 3) Reunión del equipo para ensayo de sesión propuesta y distribución de roles: 2 julio 2018
- 4) 1º Taller formativo equipo Residencia de Ayerbe (50% de la plantilla): 20 septiembre 2018
- 5) 2º Taller formativo equipo residencia de Ayerbe (50% restante): 27 septiembre 2018
- 6) Taller formativo equipo residencia de Agüero: 4 octubre 2018 (y 10 de octubre 2018 en caso de precisar dos talleres)
- 7) Reunión del equipo para analizar la evolución y resultados del proyecto: 8 octubre 2018
- 8) Fecha prevista de finalización del proyecto: 1 diciembre 2018-04-24
- 9) Evaluación del proyecto: 15-20 diciembre

OBSERVACIONES

Debido al amplio número de población que abarca el proyecto, implicando diferentes ámbitos (residencia, domicilio, poblaciones dispersas, etc) el principal objetivo en el presente año es llegar principalmente a los trabajadores de residencia, siendo nuestro interés intentar cubrir toda la población

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 - 2018/0280

1. TÍTULO

TALLERES A LA COMUNIDAD DEL MANEJO INICIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Fecha de entrada: 05/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL
GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN
BAZTAN OLLETA LAURA
GARCES ROMEO TERESA
ASCASO CASTAN LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- Se seleccionó el tema en función de la solicitud de alguna asociación y del equipo directivo del Colegio Rural Agrupado (CRA) Río Aragón.: Manejo inicial de situaciones de emergencia.
2- Se elaboró la parte teórica y práctica (según las guías), contactando con la Unidad Docente de Huesca para el préstamo de los maniqués de RCP.
3- Nos coordinamos con los municipios (petición de locales, horarios..) y se elaboraron carteles informativos sobre el tema, la fecha y hora de los talleres programados.
4- Se elaboró la encuesta de satisfacción y conocimientos después de cada uno de los talleres de forma individual. Al personal docente no se pudo realizar por falta de tiempo.
5- Se realizaron 5 talleres prácticos en 5 municipios y 1 taller en el CRA "Río Aragón" agrupando a los profesores y monitoras de comedor escolar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se llevaron a cabo los 6 talleres programados.
- En los talleres realizados en los municipios participaron 81 personas
- Al taller para personal docente acudieron 38 personas, que significa el 100% de los convocados
- Se pasó una encuesta con 2 apartados (satisfacción y adquisición de conocimientos):
a.- Satisfacción: El 100% expresaron su satisfacción con actividad realizada, su duración, local y material empleado.
b.- Conocimientos: A las preguntas sobre "aprender y/o actualizar conocimientos de activar la cadena de supervivencia y manejar una situación de urgencia vital", después del taller el 87% dieron respuestas correctas en la encuesta.
En el taller del CRA no se pasó encuesta por falta de tiempo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los asistentes a los talleres han recibido información sobre cómo manejar una situación de emergencia,. Además se informó sobre el manejo y normativa general en Aragón del DESA.
Realizar los talleres de forma básicamente práctica, ha facilitado la alta satisfacción de los asistentes. Al ser por la tarde y realizar la actividad en los municipios que solicitaron nuestra colaboración, se ha promovido la participación de personas más jóvenes que en otras actividades programadas.
Tras los talleres, 4 ayuntamientos han adquirido un DESA.
Los profesores mostraron su agradecimiento por la colaboración.
El EAP se muestra satisfecho por alcanzar tan buenos resultados en este proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/280 ===== ***

Nº de registro: 0280

Título
TALLERES A LA COMUNIDAD DEL MANEJO INICIAL DE SITUACIONES DE EMERGENCIA

Autores:
ARNAL BARRIO ANA MARIA, OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL, GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN, BAZTAN OLLETA LAURA, GARCES ROMEO TERESA, ASCASO CASTAN LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0280

1. TÍTULO

TALLERES A LA COMUNIDAD DEL MANEJO INICIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Diversas asociaciones y ayuntamientos expresaron la necesidad de realizar talleres prácticos de primeros auxilios dada la lejanía de los pueblos a los servicios médicos.
Además la adquisición de DESA por algunos ayuntamientos, ha generado la inquietud de la población ante posibles urgencias vitales.
Ya que la RCP básica en el medio extrahospitalario es la práctica que mayor número de vidas puede salvar, creemos de gran utilidad el conocimiento de esta práctica por el mayor número de personas.

RESULTADOS ESPERADOS

- conseguir que la población sepa manejar una situación de urgencia vital
- que la población sepa activar la cadena de supervivencia para agilizar la atención médica de urgencia
- dar a conocer la utilidad del DESA
- la población diana este proyecto se dirige a toda la comunidad

MÉTODO

- reuniones con diversos activos en la comunidad (profesores del CRA, asociaciones)
- reunión de equipo para diseñar la actividad y el calendario -realización de carteles, publicidad de la actividad
- elaboración de una encuesta básica sobre los conocimientos adquiridos
- realización de talleres por la tarde, fuera del horario laboral, para facilitar el acceso a la población trabajadora
- como recursos humanos para cada taller se desplazará un médico y una enfermera del EAP
- como recursos materiales se utilizarán los maniquís cedidos por la Unidad Docente de Huesca para que todos los asistentes realicen las maniobras de la RCP.

INDICADORES

- realizar la actividad al menos en 5 poblaciones de la zona de salud.
- realización de un test para la evaluación de los conocimientos adquiridos, en el que más del 80% respondan bien a las preguntas
- evaluación de satisfacción de la actividad: > 80% satisfechos o muy satisfechos

DURACIÓN

- reuniones, diseño de la actividad, petición de material y de locales: primer trimestre. Responsable Ana Arnal
- realización talleres: abril- mayo y octubre-noviembre. Responsable: Ana Arnal
- evaluación de la actividad mediante encuesta: diciembre: Ana Arnal y Teresa Garcés

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 - 2018/0619

1. TÍTULO

RENOVACION DE CONOCIMIENTOS Y HABITOS SALUDABLES EN DIABETICOS TIPO 2

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE LAURA BAZTAN OLLETA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BERDUN
· Localidad BERDUN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARNAL BARRIO ANA MARIA
ASCASO CASTAN LOURDES
GARCES ROMEO TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1- Se seleccionaron 3 grupos de diabéticos tipo 2, con características similares, eligiendo el criterio de inclusión en reunión de equipo, mediante captación realizada de forma individual por teléfono o en consulta de enfermería.
- 2- Se seleccionó el material didáctico para impartir los talleres.: manual de educación diabetológica, fichas del método plato, fichas de cuidados de los pies, existente en la biblioteca del centro.
- 3- Se propusieron 4 municipios en un principio, pero sólo en 3 de ellos se logró la selección de más de 5 diabéticos con los criterios de inclusión propuestos.
- 4- Se elaboraron los contenidos de los 2 talleres que se impartieron en 3 municipios:
A. definición de la diabetes y tratamiento, técnica de autoanálisis y autocontrol, hipoglucemia con manejo de kit glucagon e hiperglucemia.
B. alimentación, ejercicio, pie diabético.
C. encuestas para la valoración de objetivos alcanzados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se impartieron 6 talleres en 3 municipios con un total de 20 participantes.
Se realizó una encuesta, pasado un mes, sobre las actividades realizadas con 4 preguntas:
El 95 % manifestó haber adquirido conocimientos sobre la enfermedad.
El 80 % afirmó que actualmente realiza una alimentación adecuada.
El 70% dijo haber mejorado la rutina en el ejercicio.
El 85% piensa que ahora vigila mejor sus pies.
Finalmente la encuesta se realizó al mes de concluir los talleres lo que ha podido condicionar los buenos resultados obtenidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las actividades realizadas, de tipo "talleres", consideramos que han resultado positivas para la consecución de los objetivos. Hemos pretendido dar y/o refrescar información, proporcionar conocimientos prácticos y modificar comportamientos, ya que consideramos que todo forma parte de la educación diabetológica, cuyo fin último creemos que es el AUTOCONTROL Y LA AUTONOMÍA por parte del paciente.
Por otro lado reseñar que ha sido interesante el intercambio de opiniones, experiencias y "modos de hacer las cosas" de los asistentes.
Creemos que este tipo de intervenciones pueden ser de utilidad en la reducción de complicaciones a corto y largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/619 ===== ***

Nº de registro: 0619

Título
RENOVACION DE CONOCIMIENTOS Y HABITOS SALUDABLES EN DIABETICOS TIPO 2

Autores:
BAZTAN OLLETA LAURA, ARNAL BARRIO ANA MARIA, ASCASO CASTAN LOURDES, GARCES ROMEO TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0619

1. TÍTULO

RENOVACION DE CONOCIMIENTOS Y HABITOS SALUDABLES EN DIABETICOS TIPO 2

Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tras la evaluación del cuadro de mandos de diabéticos, detectamos que en nuestra población la mayoría de ellos son adultos con diabetes tipo 2, sobre los cuales la educación sanitaria resulta ser efectiva. Siguiendo las directrices de la DAP, seleccionamos este proyecto asistencial ya que es una línea estratégica del año 2018. Debido a que en la diabetes tipo 2 los usuarios son capaces de autogestionar y autocontrolar su enfermedad, desde el centro de salud nos proponemos realizar con ellos talleres de educación grupal. Los profesionales contamos con las herramientas necesarias para ayudar a que los pacientes adquieran los conocimientos necesarios sobre su enfermedad y aumentar su capacidad de autogestión.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana son los diabéticos tipo 2 con tratamiento farmacológico. Como objetivos nos proponemos:
- Promover el trabajo de enfermería en la educación grupal.
- Conseguir mediante los talleres, que los pacientes mejoren los conocimientos de su enfermedad, tratamiento farmacológico, hábitos de vida...;todo ello con el objetivo último de mejorar el autocontrol y la autonomía a través de la educación diabetológica.

MÉTODO

Selección de 4 grupos de diabéticos tipo 2, con características similares, según el criterio de inclusión elaborado en reunión de EAP.
Elección del material necesario para impartir los talleres.
Selección de los municipios en los que se realizarán los talleres, siendo al menos en 4 poblaciones diferentes.
Realización del primer taller: definición de la diabetes y tratamientos, hipoglucemia con el Kit glucagon e hiperglucemias.
Realización del segundo taller: alimentación y ejercicio, pie diabético.
Realización de encuestas para valoración de objetivos alcanzados.

INDICADORES

Número de poblaciones en las que se organizan los talleres: 4 municipios
Número de talleres realizados / número de talleres programados; 8 talleres.
Evaluar los conocimientos adquiridos mediante encuesta individual realizada antes y después de los talleres.
Para conocer si hemos conseguido alguna ganancia en salud se realizará, con posterioridad, una encuesta sobre " Hábitos de vida modificados" .

DURACIÓN

Mayo- junio 2018: selección de pacientes para los talleres y municipios: Lourdes Ascaso y Ana Arnal
Mayo-junio 2018: selección material a utilizar en los talleres: Laura Baztán.
Junio 2018: elaboración de las diferentes encuestas: Laura Baztán
Septiembre 2018: primer ciclo de talleres: Lourdes Ascaso, Ana Arnal y Laura Baztán
Octubre: segundo ciclo de talleres: Ana Arnal, Lourdes Ascaso y Laura Baztán.
Noviembre 2018: evaluación de las encuestas y valorar nuevos talleres según la respuesta de los asistentes: Ana Arnal .
Marzo 2019 : encuesta " Hábitos de vida modificados".Laura Baztán

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 - 2018/0625

1. TÍTULO

PACIENTE POLIMEDICADO, ENTRE LA INERCIA Y LA PREVENCIÓN CUATERNARIA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL OCHOA ROJAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BERDUN
· Localidad BERDUN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN
FUENTES ARNALDOS FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Al finalizar el proyecto se han realizado la mayoría de las actividades previstas, si bien el traslado a otro centro sin previo aviso del médico responsable del proyecto ha originado importantes cambios y déficits que señalaremos.

- 1.- Se han realizado las 3 reuniones previstas para planificación, formativa y discusión de casos concretos y además fueron necesarias 4 reuniones más dada la complejidad del abordaje de varios pacientes.
- 2.- Se evaluaron de forma individualizada cada uno de los 49 paciente de forma cruzada, de tal forma que ningún médico evaluó a sus propios pacientes.
- 3.- Se rellenó para cada paciente el formato del "Anexo III. Registro para la revisión clínica de los tratamientos"
- 4.- Se realizó por el médico que sufrió el traslado una base de dato excell de gran complejidad para la recogida de todas las variables a estudiar.
- 5.- Análisis estadístico: No ha podido ser correctamente evaluado al no tener acceso dicho médico a los pacientes de Berdún, por lo que no hemos podido realizar la evaluación de los 49 pacientes, sino solo de 30, excluyendo los 17 pacientes del médico trasladado y 2 fallecimientos. Además dada la complejidad del análisis estadístico no hemos podido completarlo en su totalidad. .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Por todo lo anteriormente expuesto los resultados obtenidos han sido muy inferiores a los esperados. Sin embargo en los 30 pacientes que han sido finalmente válidos hemos extraído los siguiente resultados según los indicadores prefijados:

Nº de pacientes que dejan de ser polimedicados / Nº de paciente polimedicados = 6 / 30 = 20% (indicador 10%)

Nº de pacientes a los que se es ha realizado alguna modificación/ Nº polimedicados estudiados=
17 / 30 = 56%. (indicador 20%)

Nº de fármacos no indicados suprimidos/ Nº fármacos no indicados = 16 / 20 = 80% (indicador 20%)

Nº de duplicidades corregidas / Nº duplicidades detectadas = 8 / 10 = 80 % (indicador 75%)

Nº de interacciones corregidas / Nº de interacciones detectadas = 3 / 3 = 100% (indicador 50%)

Nº pacientes con reducción de riesgo anticolinérgico / Nº de pacientes en riesgo anticolinérgico =
0 / 2 = 0% (indicador 20%).

Los fármacos no indicados suprimidos fueron 6 omeprazoles, 1 cinitaprida, 1 furosemida, 1 terbutalina inhalada y 2 corticoide inhalado, 3 alopurinol en hiperuricemia asintomática,

Las duplicidades detectadas fueron:

Dos diuréticos de asa: furosemida y torasemida.,

Paracetamol y tramadol con fármacos que asocian estos 2 fármacos.

Vitamina D con fármacos que asocian esta vitamina con calcio.

Lorazepam y lormetazepam tomados ambos por la tarde noche.

Dos antagonistas alfaadrenérgicos: la doxazosina para el tratamiento de HTA y la tamsulosina para la HBP

No se cambiaron los 2 fármacos con riesgo anticolinérgico, por ser un antidepresivo y otra una quietapina con buenos resultado en las 2 pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Trabajar sobre el paciente polimedicado es siempre complejo y no siempre los resultados son alentadores. Sin embargo el valorar pacientes de otros compañeros ofrece una visión nueva del tratamiento, ya que el médico de cabecera ha podido perder perspectiva tras haberlo tratado durante mucho tiempo.

Aunque el número pacientes final solo ha sido de 30, por las razones ya expuestas, los buenos indicadores

obtenidos, nos impulsan a creer que la valoración cruzada es de mayor efectividad.

Al no poder contar con el análisis estadístico no hemos podido evaluar los fármacos más prevalentes dentro de la polimedicación ni los diagnósticos que inducen más a la prescripción múltiple ni medir el grado de inercia médica aunque si se ha realizado prevención cuaternaria en aquellos pacientes a los que se les suprimido fármacos potencialmente peligrosos o se han corregido duplicidades, y suspendido fármacos no indicados.

Aunque damos por cerrado este proyecto, queda abierta la posibilidad de repetirlo dentro de unos meses, dada la utilidad práctica y los resultados en salud conseguido en varios de estos pacientes.

Por último comentar la gran utilidad del "Anexo III. Registro para la revisión clínica de los tratamientos"

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0625

1. TÍTULO

PACIENTE POLIMEDICADO, ENTRE LA INERCIA Y LA PREVENCION CUATERNARIA

para realizar una revisión sistemática del paciente polimedicado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/625 ===== ***

Nº de registro: 0625

Título
PACIENTE POLIMEDICADO: ENTRE LA INERCIA MEDICA Y LA PREVENCION CUATERNARIA

Autores:
OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL, GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN, FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Polimedicado
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tras el análisis de los datos del AGC 2017, vemos que en el CS Berdún el número de pacientes con más de 5 fármacos permanece estable a lo largo de los años, a pesar de las revisiones anuales realizadas por los MAP. Quizá la revisión de los mismos pacientes por parte de su propio médico de familia resta objetividad a la hora de realizar valoraciones clínicas y posteriores ajustes. Por ello nos planteamos hacer dicha revisión de forma más exhaustiva y por otro profesional distinto al médico de familia habitual. Las interacciones, los efectos secundarios y la utilización de fármacos de baja eficacia son causa de yatrogenia, evitable en parte, con una correcta revisión estructurada del tratamiento. Además, así abordamos una línea de cuidados estratégicos según el AGC 2018.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es disminuir la yatrogenia evitable en pacientes mayores de 75 años que estén tomando 6 o más principios activos. Si bien esa es nuestra población diana, dada la complejidad del trabajo a realizar, seleccionaremos una población del 51,5% (N:95 margen de error del 10% y nivel de confianza 95%), para trabajar en 2018 completando el total en 2019. Mediante la revisión estructurada queremos conseguir, siempre de acuerdo con el médico de familia del paciente, lo siguiente :
- suprimir fármacos no indicados en el momento del estudio,
- evitar duplicidades,
- investigar las posibles interacciones y evitarlas en lo posible,
- ajustar dosificación según las características del paciente,
- reducir el riesgo anti colinérgico en el mayor número de pacientes posible.

MÉTODO

- Reunión para planificación del proyecto y puesta en común de actividades a realizar:1 reunión.
- Reunión formativa para aclarar conceptos, valoración riesgo anti colinérgico, objetivos terapéuticos...: 2 reuniones.
- Selección de la población diana de forma aleatoria con criterio de exclusión la pertenencia a cada cupo médico para conformar 3 grupos.
- Elaboración del estudio de cada paciente individualizado mediante la utilización del formato unificado propuesto por el Proyecto del Polimedicado.
- Consensuar con el médico de familia los posibles ajustes.
- Evaluación de los resultados del 2018 y replanteamiento de los objetivos para 2019 según los resultados obtenidos.

INDICADORES

Nº pacientes que dejan de ser polimedificados / Nº pacientes polimedificados estudiados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0625

1. TÍTULO

PACIENTE POLIMEDICADO, ENTRE LA INERCIA Y LA PREVENCION CUATERNARIA

Nº pacientes a los que se ha realizado alguna modificación / Nº pacientes polimedicados estudiados
Nº de fármacos no indicados suprimidos / Nº fármacos no indicados totales
Nº de duplicidades corregidas / Nº duplicidades detectadas
Nº de interacciones corregidas / Nº interacciones detectadas
Nº de pacientes con reducción de riesgo anti-colinérgico / Nº pacientes en riesgo anti-colinérgico

DURACIÓN

Reunión para planificación del proyecto : Ana Carmen Giménez, abril
Reunión formativa y selección de la población diana: Miguel Ochoa, abril-mayo.
Elaboración del estudio de cada paciente individualizado: Miguel Ochoa, mayo a octubre.
Replanteamiento objetivos Miguel Ochoa, diciembre 18- enero 19

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 21/12/2017

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES:

1- Numero de pacientes residentes con hoja de registro completa / Nº pacientes totales de la residencia.
A fecha 1 de Mayo, 48 residentes todos con hoja de registro= 1
A fecha 31 de Julio, 51 residentes, con hoja de registro 48= 0.94
A fecha 21 de Diciembre, 50 residentes con hoja de registro 50= 1

2. Se controla la prescripción: NO

3. Nº pacientes que se automedican: 11.76% de residentes son validos y con capacidad intelectual normal.

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

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

Pregunta 1: has podido valorar la nueva hoja de registro

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

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

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

El 100% opina que si

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

El 66,66% si la ha utilizado.

Pregunta 5: Cambiarías algo para que fuera más util.

El 50% cambiaría algo:

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

- Actualizaciones periódicas.

- Anotaciones del médico con : Fecha nombre, observaciones.

- No siempre la entregan para valorar al paciente.

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

Han contestado la encuesta el 100% de las auxiliares.

Pregunta 1: Has utilizado la carpeta de administración de fármacos elaborada desde el centro de salud.

El 100% ha respondido que si.

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

El 90,90% ha respondido que si.

Pregunta 3: Te parece adecuada.

El 81,81% ha respondido que si.

Pregunta 4: Cambiarías algo para que fuera más práctica o fácil de utilizar.

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

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

- carro de medicación.

- Carpeta por programa informático.

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

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

ancianos, diabetes...

- Uso informático para apuntar las incidencias de fácil acceso al

médico.

- 27,27% Historiales ordenados.

Falta de medicación.

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

noche.

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

1. TÍTULO

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

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

Nº de registro: 1200

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

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

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

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

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

1. TÍTULO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: 1 de abril de 2017

Evaluación a 30 de noviembre tras 6 meses de implantación

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

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

Evaluación durante el mes de noviembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0416

1. TÍTULO

¿QUEDAMOS Y NOS CUIDAMOS?

Fecha de entrada: 25/01/2019

2. RESPONSABLE ANNADEL BOSQUE OROS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALCEDO GIL MARISOL
PARGADA ORTIZ NURIA
MIRANDA ORTIZ ANA
GRACIA NERIN JOSE
MARTIN LOPEZ MARIA MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se han realizado cuatro sesiones durante 4 semanas consecutivas los días 18 y 25 de septiembre, y el 2 y 9 de octubre de 2018 en el Centro de Salud.

-Se realizaba una actividad física moderada: paseo de 30 minutos, con estiramientos musculares y ejercicios de espalda sana, seguidos de una charla-coloquio de los sanitarios y participantes en el proyecto, sobre temas de interés recogidos en las encuestas previas, con pautas para mejorar el bienestar físico y emocional.

-El equipo de mejora planificó en reuniones las actividades a realizar, además de comunicarlo al resto de integrantes del centro de Salud y al Consejo de Salud.

-La administrativa Milagros Martín confeccionó los pósters informativos que se difundieron por comercios, biblioteca, ayuntamiento y centro de Salud (incluyendo consultorios locales activos), además de realizar captación activa en consultas. El ayuntamiento de Biescas informó de la actividad desde su página web.

-En la primera sesión la Dra. Bosque explicó los síntomas de la menopausia y cómo afrontarlos, basándose en las guías de Atención a la Mujer en el Climaterio del Sistema Nacional de Salud avaladas por las sociedades científicas. En la segunda sesión la Enfermera Marisol Salcedo expuso las bases del Programa para promover hábitos de alimentación saludables del Gobierno de Aragón y las recomendaciones de promoción del ejercicio. En la tercera sesión Milagros Martín con técnicas audiovisuales nos explicó nociones básicas de Tai Chi y Qi Gong, entregando en CD y/o pendrive a los asistentes un video de iniciación para poder seguir practicando en domicilio. En la cuarta sesión la Dra. Bosque habló del stress y se practicaron ejercicios de Mindfulness. Se recogieron encuestas de satisfacción y sugerencias para proseguir con las actividades en el futuro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante las cuatro sesiones se registraron un total de 51 (18+16+6+11) participantes, aunque en la tercera sesión por la climatología no conseguimos el número de más de 10 personas que nos habíamos propuesto.

Basándonos en la encuesta de satisfacción, el nivel de mejoría de bienestar emocional y en los conocimientos para mejorar la salud en la menopausia es muy satisfactoria, de 100%.

Respecto al objetivo propuesto de incremento de actividad física nos es difícil valorarlo porque ha sido en un periodo corto de tiempo y quizás no era adecuado como indicador. En próximas reuniones del equipo de mejora intentaremos utilizar indicadores más concretos y más precisos de evaluar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora está satisfecho con las actividades realizadas y por la alta satisfacción de las participantes.

Aspectos a mejorar: este proyecto hubiera tenido más difusión y posiblemente más duración y participación si el ayuntamiento, voluntarios de la Cruz Roja y la Comarca de Alto Gallego hubieran colaborado más activamente, ya que el Centro de Salud realizó la mayoría de las actividades, sin tener presupuesto de apoyo económico, y fuera de nuestro horario laboral, para su puesta en marcha. Creemos que el futuro de este proyecto debe continuar tras implicación de otras instituciones y que el Centro de Salud se ofrece para seguir impulsándolo pero no como los actores principales. En el Consejo de Salud así se convino y durante el primer trimestre iniciaremos reuniones con la Comarca y el ayuntamiento para mejorar el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/416 ===== ***

Nº de registro: 0416

Título
¿QUEDAMOS Y NOS CUIDAMOS?

Autores:
BOSQUE OROS ANNADEL, SALCEDO GIL MARISOL, PARGADA ORTIZ NURIA, MIRANDA ORTIZ ANA, GRACIA NERIN JOSE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0416

1. TÍTULO

¿QUEDAMOS Y NOS CUIDAMOS?

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

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología: climaterio
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El equipo del Centro de Salud de Biescas, además de participar de forma activa en los proyectos actualmente vigentes, desea iniciar un nuevo proyecto comunitario que establezca contacto de los sanitarios con la población, y a partir de este proyecto surjan otros en el futuro.
Para conseguir que el equipo de trabajo sea interdisciplinar, se propone voluntarios entre los miembros del Consejo de Salud en noviembre de 2017.
La atención a la mujer en el climaterio está incluida en la cartera de servicios de este centro. Nos consta en nuestras consultas diarias una demanda muy frecuente de la mujer en periodo perimenopáusicos por los diversos síntomas: insomnio, sofocos, depresión, aumento del riesgo cardiovascular, trastornos de la sexualidad, depresión y alteraciones cognitivas con fallos de memoria. La práctica de ejercicio físico tiene evidencia científica grado A para mejorar el estado físico y el bienestar emocional.

RESULTADOS ESPERADOS

-MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN DE LA ZONA
-FOMENTAR LA ACTIVIDAD FÍSICA
-MEJORAR LA SALUD MENTAL DE ESTA POBLACIÓN PARA QUE AFRONTE ESTA ETAPA VITAL DE FORMA POSITIVA Y NORMALIZADA.
-DISMINUIR LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS FRENTE A LA PROMOCIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO FRENTE A LA PROMOCIÓN DEL EJERCICIO, LA DIETA SALUDABLE Y LA RELAJACIÓN

MÉTODO

-Se realizará una actividad física moderada: paseo de 30 minutos, con estiramientos musculares y ejercicios de espalda sana, seguidos de una charla-coloquio de los sanitarios y participantes en el proyecto, sobre temas de interés recogidos en las encuestas previas, con pautas para mejorar el bienestar físico y emocional. Habrá difusión desde el centro de salud, el ayuntamiento de Biescas, y la Mancomunidad del Alto Gállego.
-Grupo destinatario: iniciaremos el proyecto de 45 a 55 años ambas inclusive que residan en la localidad de Biescas, sin excluir a cualquier persona que decida acompañarnos.
-Lugar de inicio: Entrada al Centro de Salud de Biescas, situado en Plaza Constitución sn.
-¿Cuándo? Todos los martes a las 12/30 horas del tercer cuatrimestre del año 2018, a partir del 4 de septiembre de 2018.

INDICADORES

-Número de participantes en el proyecto mayor de 10 personas en cada sesión
-Nivel de mejora de bienestar emocional de los participantes de más del 80%.
-Nivel de mejora de conocimientos sobre esta etapa de la vida de más del 80 %.
-Incremento de la actividad física en más del 80% de los participantes.

DURACIÓN

-En segundo cuatrimestre de 2018, reuniones del equipo de trabajo y preparación de talleres.
-En tercer cuatrimestre de 2018, desarrollo de las actividades con la población
-En primer cuatrimestre de 2019 se evaluará el proyecto, con observador externo
-En segundo cuatrimestre de 2019, tras las conclusiones y modificaciones, se continuará con el proyecto .

OBSERVACIONES

Antigua línea: Salud Mental

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 - 2018/0428

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTE ENFERMEDADES CRONICAS Y EMERGENCIAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE PAULA CLAVER GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOSQUE OROS ANNADEL
BOBE PELLICER MARIA ANGELES
MEAVILLA BINUE MARIA LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se planteo en las diferentes asiciacione vecinales del valle, asi como en el IES y colegio realizar una serie de sesiones, poniendonos en contacto con representantes de ellas. Las sesiones tenian el siguiente cronograma: sesiones de 3h (charla sobre las enfermedades cronicas mas prevalenes en infancia y adolescencia; charla sobre la actuacion ante difernetes urgencias me´dcias: PCR, DESA, _ICTUS, centrandonos en el reconocimiento de las situaciones y la respuesta de la poblacion a las mismas; y por ultimo una sesion practica de RCP). Tras las actividades eran dinamicas, primero los profesionales y posteriormente coloquio con los participantes y practica, se pasaba una encuesta de satisfaccion de 0 a 5 y una de adquisicion de conocimientos (20 preguntas tipo test de 3 respuestas validas), asi mismo se recogia opiniones tras la puesta en comun

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los objetivos eran: aumentar la formacion del profesorado respecto a enfermedades cronicas mas prevalentes en la infanci-adolescencia.
-Mejorar la actitud ante diferentes situaciones desfavorables en las que se pudieran encontrar el personal docente o personas de nuestro valle
-Favorecer la integracion de las personas con enfermerdades cronicas, mejorando la percepcion de estos procesos
-Valorar la adquisicion de habilidades en taller de RCP basica

Como indicadores se realizaba una encuesta de adquisicion de conocimientos, una valoracion del grado de satisfaccion siendo 0 nada satisfechi y 5 totalmente y finalmente la puesta en comun con dudas y opiniones

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El planteamiento como se ha dicho se hizo a varias asociaciones y centros docentes, solo uno de ellos dio una respuesta positiva y se llevo a cabo la sesion con 33 personas en mes de Abril, siendo la actividad valorada muy positivamente por todos ellos y adquiriendo mejoria en los conocimientos de los objetivos detallados. No obstante el resto no quisieron realizarlas, nos hemos encontrado con el inconveniente que se trata de personas en activo que siempre planteabna realizar las actividades en jornadas tarde-noche, se intento acomodarnos pero resulta complicado pues se trata realiazar la actividad comunitaria fuera de nuestro horario laboral, no siempre teniamos disposicion personal y a esto se suma que dada la dispersion geografica de nuestro centro de salud, no podemos dejar sin atender los consultorios en horarios de mañana. Desde el personal medico se planteo esta actividad pero no ha habido colaboracion del resto del equipo por lo que llevar a cabo todas las sesiones si alguno no podia por fechas ha sido mas complicado. Ha existido por tanto una falta de colaboracion de parte del EAP asi como la dificultad de tener que realizar toda la actividad fuera de nuestro horario laboral, por la dispersion y por la falta de facilidad por parte de la DAP de compensar el tiempo extra de alguna manera.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/428 ===== ***

Nº de registro: 0428

Título
INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTES ENFERMEDADES CRONICAS Y EMERGENCIAS

Autores:
CLAVER GARCIA PAULA, BOSQUE OROS ANNADEL, BOBE PELLICER MARIA ANGELES, MEAVILLA BINUE MARIA LOURDES

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

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0428

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTE ENFERMEDADES CRONICAS Y EMERGENCIAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El 24 de Junio del año 2015 se publica en BOA la necesidad de disponer de botiquin y medicamentos de urgencias en los centros educativos. Desde entonces detectamos preocupacion por parte del profesorado y en otros sectores (comarcas, asociaciones de vecinos...) ante la falta de conocimientos a la hora de actuar ante problemas de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

- aumentar la formación del profesorado respecto a las enfermedades crónicas prevalentes en infancia-adolescencia
- mejorar la actitud ante situaciones desfavorables ante las que se encuentre el personal docente o personal de las asociaciones vecinales
- Favorecer la integración de las personas con enfermedades crónicas, mejorando la percepción sobre estos procesos
- Valorar el impacto de una intervención educativa sobre los conocimientos del personal alq ue se imparten las sesiones

MÉTODO

- Establecer contacto con las asociaciones vecinales, instituto y CRA del valle
- Ofertar charlas sobre las enfermedades cronicas mas prevalentes en infancia-adolescencia (1 sesión teórica)
- Ofertar charla sobre la actuacion ante diferentes urgencias medicas (1 sesión teórico-practica)
- Taller de RCP básica (1 sesión eminentemente practica)
- Encuesta de adquisición de conocimientos y satisfacción.

INDICADORES

- Valorar mediante encuesta la adquisición de conocimientos
- Valorar el grado de satisfaccion

DURACIÓN

- Sesiones teórico-practicas divididas en 3 bloques de 1 h de duración cada uno de ellos
- Se realizarann las sesiones a lo largo del año 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 30/12/2017

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

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

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

Indicador 1: Prevalencia EPOC:

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

Se esperaba alcanzar el estándar del 3%

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

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

Indicador 2: Espirometrías/Tabaco

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

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

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

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

Indicador 3: Detección Tabaco

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

1. TÍTULO

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

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1231

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BROTO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

1. TÍTULO

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

1 Prevalencia EPOC:

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

El estándar que se espera alcanzar es del 3%

2 Detección tabaco:

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

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

3 Espirometrías Tabaco:

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

El estándar que se espera alcanzar es del 60%

Fuente: OMI

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: Marzo 2017

Fecha de finalización: Diciembre 2017

Cronograma:

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

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

Septiembre-Diciembre 2017 *

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

Evaluación Final Enero 2018

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

HABLEMOS DE MEDICAMENTOS

Fecha de entrada: 13/12/2017

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

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

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

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1275

Título
HABLEMOS DE MEDICAMENTOS

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAÑEN

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

1. TÍTULO

HABLEMOS DE MEDICAMENTOS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES

Antigua línea: Uso Racional del Medicamento

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 25/01/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

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

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

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

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

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

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

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

Continuaremos durante 2018 con los pacientes que faltan de estudiar.

7. OBSERVACIONES.

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

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

Valor de Indicadores

24 Monitorizaciones realiadas/ sobre 46 personas de poblacion diana

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

7 pacientes mal controlados/ de 24 mapas realizados

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

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

Nº de registro: 0354

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

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

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

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

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

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

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

DURACIÓN
Octubre 2016 Reunión para la planificación, nº de pacientes que aporta cada cupo
Noviembre 2016 Aprendizaje de manejo del aparato y reparto el mismo, en los 3 cupos
Diciembre 2016 Comenzaremos la realización de las monitorizaciones
Junio 2017 Finalizacion del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

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

1. TÍTULO

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

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

TALLER DE MOVILIZACION DE COLUMNA VERTEBRAL Y EESS

Fecha de entrada: 23/01/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1139

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

Autores:
ZUBIAURRE BASSAS PILAR, GAVIN BLASCO MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

1. TÍTULO

TALLER DE MOVILIZACION DE COLUMNA VERTEBRAL Y EESS

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

MÉTODO

Se ofrecerá el taller a la población adulta de 70 a 80 años.
Hemos tenido en cuenta que son la edad más frecuentadora y con más incidencias de patología osteoarticular
La asistencia será voluntaria y se comunicara a través de carteles y ofrecimiento en la consulta, indicando día y hora .
Se realizara un encuentro trimestral en los consultorios de Hecho Y Anso, ofreciéndolos a todas las localidades de la zona e salud
Lo dirigirá el personal de enfermería

INDICADORES

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

DURACIÓN

El 1º taller en el 1º trimestre 2017
El 2º y 3º taller en los trimestres correspondientes
El 4º taller, en el último trimestre del año se finalizará y evaluaremos los resultados

OBSERVACIONES

Estará dirigido a un grupo entre 10-15 personas por taller
En caso de mayor afluencia se repetiría el taller

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 22/01/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1140

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

1. TÍTULO

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

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

Encuesta previa al taller de habilidades y conocimientos sobre DM

Encuesta posterior al taller con evaluación de conocimientos

DURACIÓN

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

Evaluación en Junio 2017 en Hecho

Evaluación en junio 2017 en Anso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0583

1. TÍTULO

CURSO FORMATIVO EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DEL DESA

Fecha de entrada: 03/02/2019

2. RESPONSABLE DANIEL PEREZ DEL CASTILLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HECHO
· Localidad HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA
CASADO ORTIZ ROSARIO
ZUBIAURRE BASAS PILAR
GAVIN BLASCO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron 2 cursos, en las localidades de Hecho y Anso, de 8 horas lectivas, cada uno en dos días de 4 horas. Dichos cursos fueron acreditados por el I. Colegio de Médicos de Huesca.
Se impartieron en la sala multiusos de Anso y en la residencia L, Ausin de Hecho.
Con muñecos y simuladores DESA del Colegio de Médicos de Huesca

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº de participantes que tenían previo un curso de DESA y SVB/ nº participantes= 6/20
Puntuación Media previa al test= 13/20
Puntuación Media posterior al test= 17,85 /20
Encuesta de satisfacción; 4,9 sobre 5
Se acreditaron con el certificado correspondiente del I.C.M. de Huesca a los 20 alumnos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estos cursos están avalados por su eficacia para salvar vidas, la dificultad estriba en que poblaciones alejadas de núcleos urbanos tienen muy difícil acceder a estas formaciones, además de la lejanía de recursos de UMES y UVIs móviles. El hacer accesibles estos cursos en el mundo rural, sacándolos de las ciudades es fundamental. Si que el mayor problema es la logística y gestión de material y simuladores del curso

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/583 ===== ***

Nº de registro: 0583

Título
CURSO FORMATIVO EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DEL DESA

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: personas mayores de 18 años sanos
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Necesidad sentida en nuestra población, y recogida en su desarrollo en el Consejo de Salud de Diciembre 2017, de educación sanitaria en el campo de la actuación ante la emergencia vital, que se incrementa al trabajar en una zona geográfica distante de los recursos sanitarios especializados o del hospital.

Consideramos muy pertinente la educación sanitaria en este campo, e incluimos el manejo del DESA, ya que desde los distintos consistorios están considerando la posibilidad de conseguir o comprar estos aparatos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0583

1. TÍTULO

CURSO FORMATIVO EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DEL DESA

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana : toda persona mayor de edad que viva en los municipios pertenecientes al centro de Salud de Hecho. Se crearán grupos de 8-10 personas máximo en cada localidad.

Objetivos generales: Difundir normas básicas para la prevención de la enfermedad coronaria y de la muerte súbita cardíaca. Formación de los posibles "primeros intervinientes" en la cadena de supervivencia, para disminuir la mortalidad y secuelas que ocasionan las paradas cardíacas, impulsando estrategias dirigidas a la desfibrilación temprana.

Objetivos específicos: El curso tiene el objetivo de aportar los conocimientos y destrezas necesarios para poder realizar una primera atención de la parada cardiorrespiratoria, hasta el momento de la llegada de los equipos especializados.

MÉTODO

El curso se compone de una parte no presencial, en la que se dotará al alumno al menos con 15 días de antelación de material escrito referentes al SBV y a la Desfibrilación semiautomática.. Se complementa con una segunda parte presencial, con metodología ampliamente probada por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). La duración de la parte presencial será de 8 horas.

INDICADORES

Indicadores:

- 1)Numero de participantes en el curso que tenían ya un curso oficial de SVB o DESA previos./ Numero de participantes en el curso
- 2) Puntuacion obtenida en el test previo al curso/ Puntuacion obtenida en el test posterior al curso, que nos servirá como cuantificación del objetivo docente alcanzado.
- 3) Realización de una encuesta de satisfaccion, donde podremos igualmente cuantificar la mejora subjetiva detectada por los participantes en el curso.

DURACIÓN

Hemos elaborado un cronograma con el reparto de los tiempos asignados a la formación teórica (160 minutos) y a la formación práctica (300 minutos). Al terminar se realizará una evaluación final de los conocimientos adquiridos mediante un examen multitest de 20 items, cada una de ellos con 5 respuestas posibles, siendo solo una válida. Como instrumento de medida de los conocimientos adquiridos contemplamos la realización de un test previo al curso. Se realizarán en las localidades de Hecho y Ansó, con fechas previstas para los días 21 y 22 de Mayo en el primer grupo en la localidad de Hecho y 24 y 25 de Mayo en Anso. En estos municipios se canaliza a través de los ayuntamientos y responsables sociales la difusión del curso y de las fechas de realización del mismo.

OBSERVACIONES

A las personas seleccionadas, que, cumpliendo los requisitos, asistan al curso se les extenderá el correspondiente Diploma certificado por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Huesca.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0584

1. TÍTULO

ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 07/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZUBIAURRE BASAS PILAR
CASADO ORTIZ ROSARIO
PEREZ DEL CASTILLO DANIEL
GAVIN BLASCO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
NUESTRA ACTUACION PASA POR LA COMUNICACION CON EL PACIENTE PARA ARGUMENTAR CONCRETAMENTE LA NECESIDAD O NO DE UN TRATAMIENTO ANALGESICO-AINE DE FORMA CRONICA, O INTENTAR EL CONTROL DE SU SINTOMATOLOGIA CON OTROS FARMACOS MAS ADECUADOS.
IGUALMENTE VALORACION DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO MAS ADECUADO EN CADA PACIENTE.
POBLACION DIANA 18 PERSONAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
NUESTRO OBJETIVO ERA LA DISMINUCION EN UN 50% DEL NUMERO DE PACIENTES CON ESTE RIESGO, Y HEMOS CONSEGUIDO UNA DISMINUCION DEL 56%.
Y LA PRESERVACION O MEJORA DE LA FUNCION RENAL EN AQUELLOS PACIENTES HIPERTENSOS, QUE POR SUS ALGIAS CRONICAS, PRECISAN TRATAMIENTO ANALGESICO-ANTIINFLAMATORIO. CON EL CONTROL FARMACOLOGICO UN 39% DE LOS PACIENTES HAN MEJORADO SU FGR EN MAS DE UN 10%.
EL NUMERO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL SE MANTIENE ESTABLE, SIN CAMBIOS, AL PRINCIPIO Y FINAL DEL ESTUDIO.
EN 3 PACIENTES HEMOS CONSTATADO UNA DISMINUCION DEL FGR ALREDEDOR DEL 10%, PERO SIN PRESENTAR DE MOMENTO, INSUFICIENCIA RENAL.
EN EL 45% RESTANTE LOS VALORES DE FGR SE HAN MANTENIDO EN VALORES NORMALES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
VEMOS QUE EL CONTROL ADECUADO DE LOS FARMACOS MEJORA SENSIBLEMENTE LA FUNCION RENAL DE NUESTROS PACIENTES.
PROPOSITO: MEJORAR LA EDUCACION SANITARIA DE NUESTRA POBLACION, CON INFORMACION AMPLIA Y PRECISA DE LOS FARMACOS QUE UTILIZAMOS EN SUS TRATAMIENTOS.

7. OBSERVACIONES.
LOS DOS PACIENTES CON I.R.C. AL COMIENZO Y FIN DEL ESTUDIO: EN EL PRIMER CASO PACIENTE DE 91 AÑOS, A LA QUE AUN RETIRANDO EL AINE NO HEMOS CONSEGUIDO MEJORAR SU I.R.C., SIENDO MODERADA. EN EL SEGUNDO CASO SE TRATA DE UNA MUJER DE 75 AÑOS, CON PLURIPATOLOGIA Y ELEVADO RCV. PRESENTA UNA IRC LEVE, NO HEMOS PODIDO MODIFICAR SUS TRATAMIENTOS, PERO EN CAMBIO HEMOS OBJETIVADO UNA MEJORIA DEL 10% EN SU FGR.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/584 ===== ***

Nº de registro: 0584

Título
ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: HIPERTENSION/ DOLOR CRONICO
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 - 2018/0584

1. TÍTULO

ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

PROBLEMA

Necesidad detectada a través de los indicadores del cuadro de mandos de Farmacia, de una actuación en el denominado "triple whammy" como instrumento de mejora de calidad asistencial en nuestra población.

Hablado con la DAP estimamos oportuno el esfuerzo en la disminución en un 50% de los pacientes sometidos a tratamiento antihipertensivo con IECAs o ARA II, asociados a un AINE, de forma crónica, con el objeto de mejorar su función renal, en los casos de insuficiencia renal ya detectada, o en la preservación de la misma, en los pacientes que no presentan en la actualidad deterioro de la función renal.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana : listado de pacientes detectados en el triple whammy: numero 18.

Objetivo general: Preservación o mejora de la función renal de los pacientes hipertensos que precisan tratamiento analgésico/antiinflamatorio por algias crónicas.

MÉTODO

Nuestra actuación pasa por la comunicación con el paciente para argumentar concretamente la necesidad o no de un tratamiento analgésico-antiinflamatorio de forma crónica, o intentar el alivio de su sintomatología con otros fármacos mas adecuados.

Igualmente valoración del tratamiento antihipertensivo mas idóneo para cada paciente.

INDICADORES

Indicadores:

- 1) N° de pacientes en listado triple whammy en el momento del inicio del proyecto de mejora/ N° de pacientes en listado triple whammy al finalizar el año 2018, intentando conseguir una disminución alrededor del 50%.
- 2) N° de pacientes con Insuf. Renal al principio del estudio/N° de pacs. Con insuf. Renal al final del estudio.
- 3) N° de pacs. Con mejora en su FGR por encima de un 10% a lo largo del periodo de estudio

DURACIÓN

Desde el momento en que fuera admitido nuestro proyecto, éste se desarrollaría a lo largo del año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0774

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTA (140/90 MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE JULIA MERIZ RUBIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HUESCA RURAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ADIEGO USED MARIA DE LA O

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Reunión de equipo, en Junio 2018, donde se actualizan los criterios de indicación y valoración del MAPA, así como el nº de pacientes que aportará cada profesional.
2.- se han realizado un total de 20 registros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizan un total de 20 MAPAS, de los cuales, 7 son DIPPER, 2 HTA de bata blanca, 7 no DIPPER, 4 DIPPER extremos.
Se demuestra mediante nuestro estudio que existen pocos casos de HTA de bata blanca, y que hay bastantes casos de HTA desconocida, o no confirmada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tanto pacientes como equipo han participado y colaborado de forma satisfactoria, conclusiones sacadas: Se verifica mediante este proyecto, que en un porcentaje alto, existe una HTA de fondo. En 4 pacientes se diagnostica DIPPER extremo. dados los resultados obtenidos, creemos conveniente continuar realizando este tipo de seguimiento, pero enfocando el estudio a pacientes con sospecha de HTA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/774 ===== ***

Nº de registro: 0774

Título
REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL ALTA (140/90MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES

Autores:
MERIZ RUBIO JULIA, ADIEGO USED MARIA DE LA O

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HUESCA RURAL

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Encontramos pacientes con cifras tensionales elevadas en consulta, que en autocontroles son normales y queremos saber si es preciso tratar farmacológicamente.(hipertensión de bata blanca). Como criterios de inclusión pondremos :

- pacientes con más de tres tomas en consulta por encima de 140/90 mmhg y con autocontroles normales y sin tratamiento farmacológico.
- deberán haber estado 3 meses con medidas higienico-dietéticas antes de ser incluidos en el proyecto

RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos comprobar si existe inindicación para iniciar tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión de bata blanca.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0774

1. TÍTULO

REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTA (140/90 MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES

MÉTODO

Hacer el MAPA a pacientes diana (que cumplan criterios de inclusión)

INDICADORES

- Número de MAPAS realizados
- número de pacientes positivos captados que han precisado tratamiento farmacológico.

DURACIÓN

-Selección de pacientes que cumplan criterios de inclusión.Se llevará a cabo una reunión de equipo para la planificación (número de pacientes que aporta cada cupo).
-Aviso personalizado a cada paciente

Inicio día 4-6-2018 finalización diciembre 2018 si bien según resultados alcanzados se podría considerar como proyecto de continuidad.

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 - 2018/1001

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DE MEJORA EN EPOC EN CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE MARIANO LABARTA PASCUAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HUESCA RURAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA BALLARIN ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
sesion clinica con tema de EPOC el 12-3-2018, que incluia
-nuevo espirometro, manejo
-volcado datos a H^aclinica de OMI
-revisiones clinicas GESEPOC y Golg 2017
-taller de espirometria
Mayo 2018 se acuerda proyecto de mejora cel CS deteccion precoz de EPOC
-partiendo de prevlencia de OPEC en OMI 1,1%
-partiendo de fumadores de 40 a 80 años con espirometria hecha :9,8%
Incidencia :cambio de ordenadores en consultas en agosto 2018. No compatible con espirometro nuevo. comunicada
incidencia, no resuelta octubre 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Revision octubre 2018 objetivos alcanzados
-Prevalencia de EPOC 1,18%(objetivo anual era 2%)
-Fumadores de 40 a 80 años conespirometria hecha es 11% (objetivo anual era 13 %)
Comunicado en sesion clinica acada miembro del equipo, con gran disparidad entre cupos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
promover la aplicacion uniforme en todos los cupos el programa de EPOC

7. OBSERVACIONES.
Incidencia si resolver, no posible volcado de datos del espirometro al fichero de calidad, desde implantacion de ordenadores nuevos,par control en cada consulta. comunicados a informaticos CAU y proveedor del espirometro, refieren incompatibilidad programas informaticos entre ambos...
- previsto nuevo taller de espirometria y revision de programa de EPOC y proyecto de mejroa de forma anual.
Mariano Labarta- Isabel Garcia
7-2-2019

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1001 ===== ***

Nº de registro: 1001

Título
DIAGNOSTICO PRECOZ EN EPOC EN EL CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL

Autores:
LABARTA PASCUAL MARIANO, GARCIA BALLARIN ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HUESCA RURAL

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace 5 años, se hace una revisión anual del programa de EPOC, a fecha de Mayo 2018 tenemos incluidos 60 pacientes, lo que supone una prevalencia del 1,1 %. (prevalencia teórica 9%).
teniendo incluidos emn el programa del tabaco a 536 pacs. lo que supone un 9,8%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1001

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO DE MEJORA EN EPOC EN CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL

la detección precoz se realizará a la población que comprenda el ratio de edad entre 40-80 años. Partiendo en la actualidad con 406 de los 3.499 usuarios de este rango de edad.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo fundamental de este proyecto es aumentar el diagnostico precoz de EPOC, y de este modo, obtener una tasa de prevalencia de EPOC en la población de 40 a 80 años más real mediante captación activa a los fumadores en ese rango de edad.
de manera secundaria se espera aumentar la tasa de detención del tabaquismo en nuestra población.

MÉTODO

- sesión formativa anual sobre el Programa de atención al EPOC, que incluye actualización de guías .
- taller de espirometría (agendas, material horarios..)
- realización de espirometrias por ENF
- Búsqueda activa de tabaquismo en toda consulta a demanda por parte de medicina y enfermería.

INDICADORES

Semestralmente se calculará la prevalencia de pacientes incluidos en el programa de EPÔC y tabaquismo. Partiendo del 1,1%, esperamos aumentar por lo menos a un 2 % en EPOC.
Partiendo de 9,8 %, esperamos aumentar al menos a 13%, en tabaquismo

DURACIÓN

Primero, se realizará en el plazo de un mes el cálculo de fumadores entre 40 y 80 años con espirometría incluida en OMI.

Segundo, semestralmente se calculará las prevalencias de EPOC y Tabaquismo alcanzadas.

Tercero, revisión global anual del programa de EPOC.(Mayo 2019), en la que se realizará una sesión en el centro por parte del coordinador del proyecto, para exponer los resultados y proponer medidas oportunas para alcanzar los objetivos.

OBSERVACIONES

Dada la dificultad de accesibilidad y dispersión de la población, sería conveniente disponer un vitalograph (detección FEV1 / FEV6) por parte del personal de enfermería y medicina.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 29/12/2017

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

I. Designar el contenido del material del Carro de Parada y del Maletín de urgencias siguiendo protocolo PO-02_HU(P)E del Sector Huesca.

II. Establecer un listado de verificación de equipos y material del carro de paradas y del maletín de urgencias

III. Exponer dicho protocolo al personal del equipo de atención primaria del CS de Jaca motivando su participación en el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

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

1. TÍTULO

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

Nº de registro: 1326

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

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

MÉTODO

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

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

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

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

INDICADORES

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

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

DURACIÓN

Fecha de diseño del protocolo: Junio-Julio 2017

Fecha de inicio del protocolo: 15 de Julio 2017

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

Tiempo de aplicación del protocolo: Indefinido salvo mejoras

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

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

OBSERVACIONES

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

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0612

1. TÍTULO

"MENOS MINCHAR Y MAS MARCHAR". PASEOS SALUDABLES PARA OBESOS SEDENTARIOS

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE VIRGINIA LOPEZ CORTES
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron varias reuniones organizativas con los miembros del equipo, viendo dificultad en la participación por falta de tiempo e interés .

Al final, se ha decidido unirnos a otro activo de la comunidad, la asociación ASAPME en Jaca que ellos ya habian implantado con sus usuarios unos paseos saludables 1 vez a la semana para lo que realizamos unos carteles informativos y unas hojas de registro de participacion semanal que se inscriben en el servicio de admisión .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

los resultados son satisfactorios con los planteados inicialmente, al unirnos con otro activo de la comunidad según consta en las hojas de registro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Realmente al unirnos a ASAPME creemos que realmente se hace medicina comunitaria en vez de crear un proyecto aislado desde el Centro de Salud se facilita la sostenibilidad y la posibilidad de que exista continuidad .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/612 ===== ***

Nº de registro: 0612

Título
"MENOS MINCHAR Y MAS MARCHAR". PASEOS SALUDABLES PARA OBESOS SEDENTARIOS

Autores:
MORENO NARES PURIFICACION, LOPEZ CORTES VIRGINIA, LUZ MARTINEZ MARIA LUISA, MAÑE GODE MARTA, LALAGUNA PUERTOLAS MARIA, PALACIO BUEN PILAR, GUILLEN ANTON VICTORIA, JIMENEZ LORES ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

EL EJERCICIO FISICO ES UN HÁBITO DE VIDA SALUDABLE IMPRESCINDIBLE PARA LA PREVENCION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR, EL CUAL SE INCREMENTA DE FORMA EXPONENCIAL CUANDO ASOCIAMOS VARIOS FACTORES COMO PUEDE SER LA OBESIDAD .EN ESTOS PACIENTES QUE ADEMAS SUELEN ASOCIAR MULTIMORBILIDAD PUEDEN BENEFICIARSE DE ESTA HÁBITO YA QUE LA MAYORIA SUELEN SER SEDENTARIOS.

RESULTADOS ESPERADOS

FOMENTAR LA PRACTICA DE EJERCICIO FISICO EN PACEITNE OBESO SEDENTARIO. EL GRUPO ESTARA FORMADO POR PACIENTES CON CAPACIDAD FISICA QUE PERMITA CAMINAR AL MENOS 30 MINUTOS A RITMO LIGERO.

MÉTODO

SE OFERTARÁ ACTIVIDAD AL GRUPO 1 O 2 DIAS POR SEMANA, SEGÚN RECURSOS. LA CAPTACIÓN SE REALIZARÁ DESDE LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA DE NUESTRO CENTRO DE SALUD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0612

1. TÍTULO

"MENOS MINCHAR Y MAS MARCHAR". PASEOS SALUDABLES PARA OBESOS SEDENTARIOS

INDICADORES

INDICADOR N° 1-- N° DE PACIENTES QUE REALIZAN LA 1º MARCHA. VALOR MÍNIMO 4 VALOR MÁXIMO 10

INDICADOR N° 2 --MEDIDO AL AÑO DE INICIO DEL PROYECTO

N° DE PACIENTES QUE HAN REALIZADO MÁS DE 8 MARCHAS/ POR EL N° DE PACIENTES QUE HAN PARTICIPADO : VALOR MINIMO 40% DE LOS PACIENTES AL INICIO

DURACIÓN

INICIO EN OCTUBRE 2018

RESPONSABLES LOS INDICADOS PREVIAMENTE

SIN FECHA FIN PROGRAMA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0620

1. TÍTULO

ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE VIRGINIA LOPEZ CORTES
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

realizamos varias reuniones de equipo médico para explicar a qué llamamos pacientes Triple Whammy, como utilizar la información del cuadro de mandos de farmacia, facilitar el listado de los pacientes ... a lo largo del año se han realizado recordatorios vía reuniones o a través del correo OMI .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

resultados más que satisfactorios muy por debajo de lo previsto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos ha llamado la atención el desconocimiento existente y el poco uso que se hace del cuadro de mandos de farmacia .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/620 ===== ***

Nº de registro: 0620

Título
TRIPLE WHAMMY: PREVENCIÓN DE LA INSUFICIENCIA RENAL

Autores:
MINGUEZ SORIO PILAR, PALACIO BUEN PILAR, FANLO ABELLA SARA, JIMENEZ LORES ANTONIO, GUILLEN ANTON VICTORIA, CLAVERA TEJERO JOSE MARIA, ALDEA DORADO CARMEN, FANLO PEREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A TRAVÉS DE LOS INDICADORES DEL CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA, EN EL INSTRUMENTO TRIPLE WHAMMY SE OBSERVÓ LA ALTA PREVALENCIA DE PACIENTES CON RIESGO DE INSUFICIENCIA RENAL O YA ESTABLECIDA DE NUESTRO CENTRO DE SALUD. SE DECIDE DISMINUIR EL NÚMERO DE PACIENTES CON ESTE RIESGO POR LA TOMA DE IECAS, ARAII ASOCIADOS A AINES DE FORMA CRÓNICA .

RESULTADOS ESPERADOS
DETECTADOS 139 PACIENTES TRIPLE WHAMMY POR EL CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA EN ABRIL 2018

OBJETIVOS
1.DISMINUIR EL NÚMERO DE PACIENTES TRIPLE WHAMMY AL 50% COMO MÍNIMO.
2.DISMINUIR EL NÚMERO DE PACIENTES TRIPLE WHAMMY CON INSUF RENAL AL 25% COMO MÍNIMO.

MÉTODO
1. SESIÓN DE FORMACION PARA TODOS LOS COMPAÑEROS MÉDICOS SOBRE INSUFICIENCIA RENAL MÁS HTA Y AMPLIAR CONOCIMIENTOS DEL MANEJO DEL CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA-- FACILITAR EL LISTADO DE LOS PACIENTES TRIPLE WHAMMY DE CADA CUPO PARA CONSEGUIR EL OBJETIVO.
2. VALORACIONES PERIÓDICAS DE LOS LISTADOS DE LOS CUPOS
3. SESIÓN DE EVALUACIÓN FINAL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0620

1. TÍTULO

ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

INDICADORES

1.Nº DE PACIENTES DE LISTADO DE TRIPLE WHAMMY EN EL MOMENTO DEL PROYECTO DE MEJORA / Nº DE PACIENTES DE LISTADO DE TRIPLE WHAMMY AL FINALIZAR EL AÑO 2018

2.Nº DE PACIENTES DE LISTADO DE TRIPLE WHAMMY CON INSUF. RENAL EN EL MOMENTO DEL PROYECTO DE MEJORA / Nº DE PACIENTES DE LISTADO DE TRIPLE WHAMMY CON INSUF RENAL AL FINALIZAR EL AÑO 2018

DURACIÓN

SE DESARROLLA A LO LARGO DEL 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0765

1. TÍTULO

EVITAR LA PRESCRIPCION INADECUADA EN MAYORES DE 65 AÑOS

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JESUS MUR LALUEZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CAJARAVILLE ASO PILAR
CASTELLON CARRERA MARIA JESUS
HERRANZ CORTES FRANCISCA
BAYOD CALVO CONCEPCION
TORRES TRASOBARES MARIA LUISA
GRACIA ARNILLAS ROSA MARIA
GARASA LOPEZ MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE REALIZARON SESIONES CLÍNICAS . POR LOS TRASLADOS HA HABIDO UN CAMBIO DE PROFESIONALES IMPORTANTE EN EL CENTRO POR LO QUE LA CONTINUIDAD DEL PROYECTO FUE IMPOSIBLE REALIZARLO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

VER APARTADO ANTERIOR

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

PRESENTADO EL PROYECTO A LOS NUEVOS COMPAÑEROS SOLICITAMOS REINICIAR EL PROYECTO DE MEJORA en 2019

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/765 ===== ***

Nº de registro: 0765

Título

EVITAR LA PRESCRIPCION INADECUADA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

Autores:

MUR LALUEZA MARIA JESUS, CAJARAVILLE ASO PILAR, CASTELLON CARRERA MARIA JESUS, HERRANZ CORTES FRANCISCA, BAYOD CALVO CONCEPCION, TORRES TRASOBARES MARIA LUISA, GRACIA ARNILLAS ROSA MARIA, GARASA LOPEZ MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Enfermedades del sistema renal
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

* Revisión bibliográfica de los criterios stop, objeto del estudio.

* Listado de pacientes con prescripción de fármacos, objeto de estudio en receta electrónica.

RESULTADOS ESPERADOS

1.-Disminuir la prescripción inadecuada
2.-Mejorar la seguridad del paciente
3.-Aumentar la eficiencia

MÉTODO

* Sesión inicial formativa con presentación del proyecto al Equipo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0765

1. TÍTULO

EVITAR LA PRESCRIPCIÓN INADECUADA EN MAYORES DE 65 AÑOS

- * Sesiones formativas conjuntas Medicina/ enfermería y farmacéutica del Sector (3 sesiones formativas)..
- * Sesiones formativas con los especialistas (Cardiólogos, Nefrólogos,.....) atendiendo a los criterios stop elegidos.

INDICADORES

* Determinación analítica de potasio cada seis meses, en el 70 % de los pacientes objeto de estudio (Pacientes en tratamiento con IECA/ARA II + DIURETICOS AHORRADORES DE POTASIO).

*Revisión del 70% de los pacientes en tratamiento con AINE que presenten un filtrado glomerular < 50 mL/min

DURACIÓN

- * Un año
- * Segundo semestre 2018 y primer semestre 2019.
- * Revisiones/Sesiones cada 3 meses.

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 - 2018/0825

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: NUESTROS MAYORES ACTIV@S

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ELENA CHARTE ALEGRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CAÑARDO ALASTUEY CLARA
BAYOD CALVO CONCEPCION
ORDAS BITRIAN MERCEDES
TORRES TRASOBARES MARIA LUISA
ESPEJO LORENTE MONICA
BESCOS GARCIA BLANCA
SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Veinticinco sujetos han participado en el proyecto, 16 en el grupo experimental (9 hombres y 7 mujeres) que realizaron un entrenamiento multicomponente durante 5 meses, 3 sesiones/semana y 60-75 minutos/sesión; y 9 en el grupo control (9 mujeres) que continuaron con el mismo estilo de vida. Todos los sujetos eran mayores de 65 años y sin importantes limitaciones funcionales. Se controlaron variables antropométricas, constantes vitales, marcadores bioquímicos, capacidad funcional, tratamiento farmacológico y parámetros nutricionales. Se realizó una valoración de la condición física (pre y postintervención) mediante la batería Senior Fitness Test. Así mismo se realizó una valoración de la composición corporal (pre y postintervención) mediante Tanita, tallímetro y cinta métrica, encuesta de calidad de vida (cuestionario EUROQol-5D, sólo en el grupo experimental), analítica básica y capacidad funcional (valorada únicamente en el grupo experimental)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto al grupo experimental, el peso corporal (p=0.285), el IMC (p=0.488) y el índice cadera-cintura (p=0.178) tenían suaves disminuciones sin llegar a ser estadísticamente significativas. Por otro lado, la masa magra (p=0.590), la masa libre de grasa (p=0.571) y la masa ósea (p=0.580) aumentaron de forma leve sin que existieran diferencias significativas entre los valores antes y después del entrenamiento. Por su parte, sí que se obtuvieron reducciones estadísticamente significativas en el porcentaje de grasa corporal que se redujo un 0.9% (p=0.000), en la masa grasa 0.5 Kg (p=0.036) y en el perímetro de cintura 4.5 cm (p=0.020). La encuesta de calidad de vida (cuestionario EuroQol-5D) únicamente se pasó en el grupo experimental, donde se obtuvieron disminuciones significativas en el estado de depresión, reduciéndose 2 puntos (p=0.025). La capacidad funcional fue valorada específicamente en el grupo intervención, donde se observaron mejoras estadísticamente significativas en la capacidad funcional, un incremento de 1.25 puntos con una significación (p=0.046). También en el grupo experimental, se vio una disminución significativa de 11.2 mmHg en la TA sistólica (p= 0.001). Respecto al grupo control, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación del colesterol LDL que se redujo 5.8 mg/dl (p=0.008) y en la hemoglobina que se redujo 4.1 g/L (p=0.023). Por su parte, el grupo experimental mejoró en casi todos los parámetros, aunque solo se registraron diferencias significativas en el colesterol total que se redujo 7.9 mg/dl (p=0.012), en el colesterol LDL que disminuyó en 7.3 mg/dl (p=0.004), el colesterol HDL que aumento en 3.9 mg/dl (p=0.016) y por último, destacar el aumento que tuvo la vitamina D3 fue de 6.8 ng/ml (p=0.046). Aunque el grupo control haya reducido el colesterol LDL significativamente, la disminución del grupo intervención es mayor y con una significación más cercana al 0.000.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En definitiva, parece que el entrenamiento multicomponente puede mejorar diversos aspectos de la salud y mantener la independencia durante el envejecimiento de los mayores.

7. OBSERVACIONES.

Con este proyecto se ha comenzado una colaboración muy interesante con la Facultad de ciencias de la salud y del deporte de la Universidad de Huesca y nuestro centro de salud, que va a continuar en el 2019, por lo que vamos a poder integrar este proyecto como una actividad comunitaria para ofrecer a los pacientes que cumplan criterios.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/825 ===== ***

Nº de registro: 0825

Título
ENVEJECIMIENTO ACTIVO: NUESTROS MAYORES ACTIV@S

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0825

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: NUESTROS MAYORES ACTIV@S

Autores:

CHARTE ALEGRE MARIA ELENA, CAÑARDO ALASTUEY CLARA, BAYOD CALVO CONCEPCION, ORDAS BITRIAN MERCEDES, TORRES TRASOBARES MARIA LUISA, ESPEJO LORENTE MONICA, BESCOS GARCIA BLANCA, SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Hoy en día estamos observando un envejecimiento de la población debido al aumento de la esperanza de vida. Estas personas mayores sufren un deterioro de sus cualidades físicas que contribuyen a que disminuyan sus niveles de actividad física y consecuentemente también empeoran sus patologías de base. Desde nuestro Centro de Salud hemos visto que hay un porcentaje elevado de inactividad física entre nuestros pacientes y éste es mayor en el grupo de personas mayores de 65 años. Además, hay datos publicados que muestran que la inactividad física es la cuarta causa de muerte en el mundo (OMS, 2017). Por ello creemos que una intervención con actividad física en este grupo poblacional no solo va a mejorar la condición física sino también la calidad de vida y la composición corporal de estas personas. También se espera disminuir el uso de fármacos, la demanda asistencial... y consecuentemente una disminución del gasto sanitario. Este proyecto necesita la colaboración de un equipo multidisciplinar de profesionales que incluya a médicos, enfermeras y profesionales de la actividad física y del deporte. Para ello contamos con la colaboración de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte de la Universidad de Zaragoza.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la condición física y la calidad de vida de los pacientes mayores de 65 años del Centro de Salud Perpetuo Socorro que participen en la intervención, así como disminuir los niveles de inactividad física. Conseguir una adherencia a la actividad física en este grupo poblacional.

MÉTODO

Se realizará un entrenamiento multicomponente adaptado a la condición física de los participantes donde se trabajarán los componentes de la condición física relacionados con la salud (resistencia cardiorrespiratoria, fuerza y resistencia a la fuerza, equilibrio y flexibilidad) en sesiones de 60-90 minutos 3 veces por semana con una duración de 5-6 meses. Además de llevarán a cabo reuniones periódicas del Equipo de Atención Primaria e interdisciplinarias, iniciales y de seguimiento, para puesta en común EAP-investigadores. Este proyecto también permite estrechar lazos con la Universidad de Zaragoza.

INDICADORES

Se evaluará la condición física (pre y postintervención) mediante la batería Senior Fitness Test, así como la composición corporal (pre y postintervención) mediante Tanita, tallímetro y cinta métrica. Se pasará una encuesta de calidad de vida (cuestionario EuroQol-5D). Se medirá la capacidad funcional (índice de Barthel) y TAS, TAD y FC en reposo. También se valorarán posibles cambios analíticos (comparando la analítica pre y postintervención) y si hubiera un cambio en el número de asistencia a consultas (demanda), de ingresos, asistencia a urgencias, tratamiento farmacológico de patologías crónicas (según datos registrados en OMI-AP y HCE). Se valorará la alimentación mediante la cumplimentación del cuestionario de adherencia a dieta mediterránea. Se requerirá a los sujetos participantes una adherencia al programa que se definirá como la asistencia a más del 80% de las sesiones para realizar la evaluación y el análisis de la intervención.

DURACIÓN

Se pretende que el proyecto tenga una duración aproximada de un curso escolar. Inicialmente se hará una presentación del proyecto al EAP del Centro de Salud (1 ó 2 sesiones de 45-60 minutos), posteriormente se realizará el reclutamiento de sujetos (3 semanas) y se llevará a cabo la evaluación preintervención (2 semanas). La intervención tendrá una duración de unas 20-22 semanas. Finalmente se realizará la evaluación postintervención (2 semanas) y se hará el análisis de resultados (6 semanas). Se realizará una exposición de los resultados al finalizar (1 ó 2 sesiones). Se espera que este no sea un proyecto aislado, sino que tenga continuidad en el tiempo.

OBSERVACIONES

Pendiente de valoración por el Comité de Ética e Investigación Clínica de Aragón.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0825

1. TÍTULO

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: NUESTROS MAYORES ACTIV@S

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 - 2018/1169

1. TÍTULO

FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR SANCHEZ MOLINA
· Profesión MATRONA
· Centro CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PAULES CUESTA ISABEL MARIA
BESCOS GARCIA BLANCA
CASTELLON CARRERA MARIA JESUS
FERNANDEZ PALMA BELEN
CORTES IZAGA MARIA
ALONSO MORTE JONATAN
URBANO PANADERO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entre junio y octubre de 2018 se llevaron a cabo 3 reuniones de los miembros del equipo con las personas responsables de Caritas. Se diseñaron los talleres y se fijaron las fechas de los mismos durante el primer trimestre del curso. Los grupos de mujeres participantes los formaron desde la propia asociación. Para la elaboración de los talleres preparamos "power points" de cada tema y cuestionarios pre y post taller. Asimismo preparamos técnicas grupales: Brainstorming, fotopalabra, y role-playing. Se han realizado en total 6 talleres, cada taller lo formaban 2 grupos de aproximadamente 15 personas. Taller "Utilización correcta de servicios sanitarios, prevención de enfermedades crónicas y cv, hábitos saludables" Taller: " Vacunación en adultos y niños, cura de heridas". Taller "Salud de la mujer, prevención de ca-cx, ca-mama." Taller: "Planificación familiar, métodos anticonceptivos, planificar embarazo saludable" Taller: " Primeros auxilios: actuación ante situaciones de urgencia como quemaduras, atragantamiento, PCR,..." Taller: "Nutrición Saludable" . Hemos impartido una sesión clínica en nuestro centro de salud con el fin de transmitir el proyecto al resto del EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº Talleres realizados/ nº Talleres programados: 3/5 Fuente: propia
NºMujeres embarazadas: 6 Fuente: cuestionario
NºMujeres con seguimiento embarazo/nº mujeres embarazadas que han participado en el proyecto: 6/6 Fuente: cuestionario, HCE
Nº mujeres que aprueban utilizar método anticonceptivo/ nº mujeres con necesidad de anticoncepción que acuden al taller: 13/15 Fuente: cuestionario
Nº Mujeres con cribado de ca-cx realizado al finalizar el programa/ nº mujeres que participan en el programa con criterios de cribado: SIN MEDIR DE MOMENTO
Nº Mujeres que saben realizar ejercicios de suelo pélvico y lo incorporan a su rutina/mujeres que han participado en el taller: SIN MEDIR DE MOMENTO
Un nuevo indicador que podríamos incluir y que medimos con los cuestionarios realizados es:
nº mujeres que conocen como prevenir el ca-cx tras el taller/ nº mujeres participantes en el mismo: 25/34 Fuente: cuestionario

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto del presente curso todavía no ha finalizado ya que la intervención que realizamos está incluida en un programa que tiene lugar durante el curso escolar por lo que hay indicadores que todavía no hemos podido evaluar ya que no se han impartido los talleres pertinentes que están programados en estos próximos meses de marzo a junio. Por otro lado nos hemos planteado la inclusión de nuevos indicadores a través de cuestionarios pre y post intervención, también sería útil el poder pasarlos de nuevo a los 3 meses. Hay indicadores que planteamos en el proyecto inicial que se podrían medir obteniendo datos de las historias de las personas que participan en el proyecto pero no tenemos los permisos pertinentes por lo que hemos elaborado otra manera de evaluar a través de cuestionarios. Por lo que en adelante podemos continuar con los indicadores que habíamos elegido y añadir otros relacionados a fin de poder evaluar los esfuerzos y hacer cambios donde se necesiten. Una aportación al proyecto ha sido que desde la organización, Cáritas, se nos propuso incluir a algunos varones en determinados talleres. Acudieron a 3 de los 6 talleres impartidos 4 varones/taller. Otra valiosa aportación al proyecto ha sido la inclusión e implicación de estudiantes de enfermería y nutrición y de médicos internos residentes de nuestro centro de salud, así como la inclusión de nuevos talleres no programados en el proyecto inicial pero que a través de las peticiones de los participantes hemos visto interesante realizar.

7. OBSERVACIONES.

Tenemos la duda de si podríamos obtener permiso para entrar en las HCE de las participantes para obtener datos que nos permitan medir algunos indicadores. Otra duda que nos surge es que la coordinadora del proyecto cambia de centro de salud, por una comisión de servicios, y querríamos saber si sería posible su continuidad en el proyecto aunque fuera como participante.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1169

1. TÍTULO

FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1169 ===== ***

Nº de registro: 1169

Título
FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

Autores:
SANCHEZ MOLINA MARIA PILAR, PAULES CUESTA ISABEL MARIA, CALVERA FANDOS LAURA, BESCOS GARCIA BLANCA, CASTELLON CARRERA MARIA JESUS, FERNANDEZ PALMA BELEN, VELILLA ALONSO TERESA, MUÑOZ JIMENEZ CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde las consultas de Atención Primaria percibimos que hay determinados colectivos, como son la etnia gitana, y las mujeres inmigrantes, que precisan de una mayor atención. Proporcionar una adecuada educación sanitaria para el autocuidado y la prevención es tarea ardua en la consulta individual y en la mayor parte de los casos no es suficiente y pensamos que sería muy enriquecedor poder llegar a estas personas a través de intervenciones educativas en la comunidad.

A través de la Asociación de vecinos del barrio Perpetuo Socorro conocimos el proyecto de Caritas con población en riesgo social. Dentro de dicho proyecto contemplan la realización de talleres de educación para la salud dirigidos específicamente a mujeres en situación de vulnerabilidad social y precisaban de personal sanitario para impartirlos.

En octubre de 2017 nos reunimos con la Trabajadora social y Educadora de Caritas y diseñamos un programa de intervención educativa para llevar a cabo durante el curso 2017-18. El programa incluyó talleres y charlas sobre : Salud de la mujer en las distintas etapas de la vida. Taller de métodos anticonceptivos. Taller de suelo pélvico. Talleres de nutrición que ha constado de 4 sesiones a cada grupo.

Dada la acogida por parte de las mujeres participantes y la evaluación positiva realizada por Caritas sobre la colaboración en su programa a través de estos talleres, nos planteamos el presente proyecto.

En la evaluación del programa llevado a cabo durante este curso, hemos observado una mayor cobertura en el cribado de ca-cx realizado en estas mujeres y un mayor acceso a información en métodos anticonceptivos. Asimismo hemos percibido la necesidad de empoderamiento y autoestima de las mujeres atendidas, por ello se planteó a la psicóloga residente de la USM colaborar en el proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
-Promover el empoderamiento de las mujeres a través de técnicas y métodos ajustados a sus necesidades.
-Mejorar el autocuidado de la mujer, dándoles a conocer diversos aspectos relacionados con la salud en las distintas etapas de la vida.
-Hacer una utilización racional y responsable de los recursos sanitarios.
-Conocer el censo de mujeres embarazadas en este colectivo.
- Objetivos específicos para cada taller.

MÉTODO
-Taller 1: Salud de la mujer en las distintas etapas de la vida: Informar y mejorar el conocimiento sobre la anatomía femenina, ciclo menstrual y principales formas de prevención de cáncer femenino. Embarazo saludable.

-Taller 2: Aspectos prácticos en la elección y utilización del método anticonceptivo.

- Taller 3: práctica de ejercicios del suelo pélvico.

-Taller 4: Mejorar la calidad nutricional de los platos. Aspectos a tener en cuenta a la hora de hacer la compra. Etiquetado. Grupos de alimentos y plato saludable. Este taller se llevarán a cabo en 4 sesiones, con la colaboración de estudiantes de nutrición en prácticas.

-Taller 5: Salud mental en la comunidad. Acceso, recursos y desarrollo de estrategias de afrontamiento y autoestima

INDICADORES
Nº mujeres embarazadas en este colectivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1169

1. TÍTULO

FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

Nº talleres realizados/ Nº talleres programados

Nº Mujeres que aprueban utilizar método anticonceptivo/ nºmujeres con necesidad de anticoncepción que acuden al taller.

Nº mujeres con cribado ca-cx realizado al finalizar programa/nºmujeres que participan en el programa con criterios de cribado.

Nº mujeres con seguimiento de embarazo realizado/ nº mujeres embarazadas que han participado en el proyecto.

Nº Mujeres que saben realizar ejercicios del suelo pélvico y lo incorporan a su rutina/ mujeres que han participado en el taller.

DURACIÓN

- Elaboración del programa y puesta en común con Trabajadora Social y Educadora de Caritas para la preparación de los grupos de participantes.(junio-octubre). Tres reuniones
- nº de charlas-talleres en función del número de participantes. Se trabajará con grupos de 8-12 personas. Comenzarán en octubre-noviembre y se llevarán a a cabo a lo largo del curso 2018-2019.
- Reunión en diciembre para seguimiento, evaluación de lo realizado hasta entonces y planificar los restantes talleres.
- Reunión abril-mayo para evaluación final y continuidad próximo curso

OBSERVACIONES

Es un proyecto en la comunidad y las mujeres que participan pertenecen a diferentes centros de salud de Huesca. Los objetivos específicos de cada taller no pueden ser expuestos por falta de espacio en el formulario.

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 - 2018/1504

1. TÍTULO

"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE LUIS CARLOS PARDOS MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR
BROTO COSCOJUELA PURIFICACION
RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESA
FUERTES FERNANDEZ-ESPINAR JORGE
SANCHEZ RODRIGUEZ MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión general de coordinadores del Proyecto 29/09/2018, 25/10/2018, 20/11/2018 y 22/02/2019

Los objetivos de esta fase eran:

Informar, motivar y comprometer en el proceso a todas las personas implicadas en el mismo, niños y niñas, instituciones, personas adultas acompañantes,

Reconocer los espacios

Realizar un diagnóstico participativo de la situación actual de las salas de espera, explorando posibilidades de mejora.

Fechas: se ha realizado entre los meses de octubre de 2018 a febrero del 2019.

Lugar: en el Servicio de Pediatría del Centro de Salud Perpetuo Socorro ubicado en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús y en el Colegio Pío XII

Trabajo de campo:

Niñas y niños de la Comisión de salud del Proyecto Ciudad de las niñas y niños de Huesca el 23/10/2018

Niñas y niños de la Ludoteca Candeleta el 27/11/2018

Pacientes y acompañantes que han acudido a nuestras consultas durante los días 27-29/11/2018 y del 3-5/12/2018

Niñas y niños de 1º de Primaria del Colegio Pío XII el 14-15/01/2019

Niñas y niños de 5 años del Colegio Pío XII el 28-29/01/2019

Niñas y niños de 3º de Primaria del Colegio Pío XII el 4-6/02/2019

El trabajo de campo ha consistido en información del contexto, la apertura de la mirada con otros ejemplos y la exploración del espacio con el sistema de Foto-voice. Se finalizaba con una sesión de relajación-visualización con grabación sonora de cómo sería la sala de espera que imaginan.

Se han elaborado diversos paneles con explicaciones del proyecto, ejemplos de cambios de otras salas de espera, posibles temáticas para su votación, y buzón de ideas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Participantes:

Han participado un total de 177 niños y niñas y 118 personas adultas acompañantes de los niños y niñas al Servicio de Pediatría.

Con los niños y niñas se recogieron sus aportaciones a través de entrevistas participativas apoyadas en los siguientes materiales:

Panel explicativo del proceso

Panel para valorar las posibles temáticas.

Panel para valorar aspectos que podrían hacer más agradable la sala de espera y las propuestas que ya teníamos.

Panel para otras ideas, sugerencias, etc. ambientado como un aeropuerto al que llegan esas ideas escritas en un papel en forma de aviones de papel.

Quedando los datos básicos del niño/niña (sexo, edad y procedencia) así como sus respuestas a las diferentes preguntas recogidas por la persona facilitadora en una hoja de registro.

En el caso de las personas adultas acompañantes se realizó a través de encuestas anónimas.

Los adultos también firmaban autorizaciones para la participación de los niños y niñas a los que acompañaban y que por edad y disponibilidad quisieran participar.

En este momento se están analizando todos los datos recogidos durante el trabajo de campo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La coordinación de los responsables en esta etapa está siendo óptima. Desde el inicio del proyecto se ha creado y fortalecido una red muy interesante de personas implicadas desde diversas entidades, con diversas disciplinas, con participación de niños de diversas edades, procedencias y situaciones personales, lo que hace del proyecto un proyecto de participación muy completo.

Se ha decidido que el proyecto sea parte de un estudio de Investigación Acción Participativa, para lo cual se ha incluido en el equipo a la profesora del Departamento de Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Zaragoza, Elena Lobo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1504

1. TÍTULO

"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Efectos no previstos: hasta el momento no se han detectado.

Difusión realizada: de momento no realizada dado la fase del proyecto donde nos encontramos. Próximamente se colocarán carteles informativos, con los resultados que vamos obteniendo, en el pasillo de pediatría, con el objetivo de que los usuarios vean la evolución del proceso.

Línea de mejora: en la rama de investigación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1504 ===== ***

Nº de registro: 1504

Título
"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Autores:
PARDOS MARTINEZ LUIS CARLOS, MARTINEZ OLIVAS SILVIA, SANCHEZ ARCUSA JOSE MIGUEL, GARRIDO JIMENEZ ISIDRO, SEBASTIAN BONED FLOR, AYLLON NEGRILLO ESTER, RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESSA, SANCHO RODRIGUEZ MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dentro del marco de cooperación estable que existe entre el CS P.Socorro y el CEIP Pío XII, una de las actividades consiste en la realización de visitas de los alumnos al CS donde los niños opinan sobre el área de pediatría. Una de las propuestas ha sido la modificación del espacio de la sala de espera.

La pediatría del CS P.Socorro ha apostado por apoyar el Proyecto de la Ciudad de las niñas y niños de Huesca. Una intervención de participación infantil donde los niños hacen oír su voz en los temas y las decisiones que les afectan.

El CS P.Socorro ha iniciado la identificación de los activos de salud dentro del marco de la Estrategia de At. Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón. Uno de ellos ha sido la ludoteca municipal. El proyecto propuesto entra dentro de su línea de actuación.

Al igual que el hogar, la escuela y el entorno, el CS puede ser un espacio de participación de los niños y niñas.

De este modo, la pertinencia del proyecto se basa en la participación de los niños y niñas del consejo de la Ciudad de las niñas y niños de Huesca, del CEIP Pío XII y de la ludoteca municipal Candeleta, en la remodelación de la sala de espera y pasillos del Área de Pediatría del CS Perpetuo Socorro.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GENERAL:
Desarrollar una estrategia de promoción de participación infantil en el Sistema Sanitario Público.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
Escuchar de los niños y niñas las propuestas sobre las modificaciones que realizarían sobre la sala de espera y pasillos del área de pediatría del CS P.Socorro.
Transformar las opiniones de estos niños y niñas en acciones concretas.
Que se dé el apoyo de las Instituciones implicadas.
Que se den respuestas a corto o medio plazo a sus propuestas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1504

1. TÍTULO

"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Que sean los propios niños y niñas los que ejecuten el diseño y la realización de este proyecto.
Que los niños y niñas visualicen los resultados y conozcan el impacto de su participación

MÉTODO

Reunión con miembros del SARES de Huesca para la valoración y pertinencia del Proyecto.

Reunión informativa del Equipo de pediatría del CS Perpetuo Socorro con la Dirección de Atención Primaria y de Atención Especializada.

Reuniones periódicas entre responsables del Proyecto la Ciudad de las niñas y los niños de Huesca, el coordinador de las ludotecas, la dirección del CEIP Pío XII, representantes de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación, y del CS del Perpetuo Socorro.

Visita de los niños y niñas a la segunda planta del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, área de pediatría, acompañados por responsables de las instituciones implicadas y del personal de mantenimiento del Hospital.

Instalar en la sala de espera, coincidiendo con el periodo de visitas de los niños y niñas ya referidos, un "rincón de ideas" para los niños y niñas que la utilizan durante sus visitas médicas.

Además, y para "ampliar la mirada", se valorará la posibilidad de realizar una exposición de fotografías de salas de espera pediátricas amigables para que pudiera ser votada por los propios niños y niñas usuarios de nuestro CS.

Recogida de las propuestas que realicen los niños y niñas.

Estudio de las propuestas y su viabilidad. Se contará con la participación del personal de mantenimiento del Hospital.

En caso necesario, modificación de las propuestas y sesión con los niños y las niñas para su re-evaluación.

Realización de un presupuesto para su ejecución.

Aprobación del presupuesto.

Realización de las propuestas definitivas con la participación de los niños y niñas.

Se recogerá documentación audiovisual durante todo el proceso con el objetivo de difundir la experiencia.

INDICADORES

La importancia de este proyecto es el PROCESO PARTICIPATIVO. Por lo tanto, se valorará de forma cualitativa tanto el grado de participación de las instituciones implicadas como el de la participación infantil que se haya alcanzado.

Porcentaje de modificaciones realizadas en relación a las propuestas iniciales de las niñas y niños.

Porcentaje de propuestas realizadas en relación a las propuestas definitivas consensuadas

DURACIÓN

El proyecto en sí se desarrollará entre septiembre de 2018 y diciembre de 2019.

Durante el primer semestre de 2018

- se están realizando reuniones con los responsables de todas las instituciones implicadas.
- Se realiza presupuesto inicial.

En septiembre de 2018

- reunión formal con los responsables de las instituciones implicadas.
- preparación del material de consulta a las niñas y niños (rincón de las ideas, fotografías,).

Octubre a diciembre de 2018:

- visita de los niños al área de pediatría del CS. Propuestas iniciales.
- colocación en la sala de espera del "rincón de las ideas"
- exposición de fotografías de salas de espera pediátricas "amigables"
- establecer un sistema de evaluación de la sala de espera y pasillos con distintas técnicas para población infantil.

Enero-marzo de 2019:

- valoración de las propuestas iniciales y consensuar las propuestas definitivas a llevar a cabo.
- elaboración definitiva y aprobación del presupuesto

Abril-diciembre de 2019:

- compra del material necesario
- realización del trabajo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1504

1. TÍTULO

"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

OBSERVACIONES

Mejora de los procesos asistenciales que inciden en la salud y la calidad de vida de los pacientes. En concreto, se priorizarán los proyectos dirigidos a las siguientes áreas: Atención Comunitaria

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0154

1. TÍTULO

PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA EN AP: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Fecha de entrada: 09/01/2018

2. RESPONSABLE JOSE MARIA CASTILLO OLIVERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALLER BLANCO ANA
CASTILLON FANTOVA ANTONIO
NAYA ATARES SERGIO
ROSICO RAMON MARIA TERESA
ASENSIO GRACIA MARIA AVELINA
GARCIA CALVO ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se propone realizar REVISIONES a los pacientes que hayamos recibido el informe del Radiólogo y realizar ecografías de NUEVOS CASOS que soliciten los médicos participantes. Todas las ecografías se realizarán con Consentimiento Informado del paciente..
2. Posteriormente se comparará el diagnóstico del radiólogo con el emitido por el médico de familia para realizar un estudio de concordancia.
3. En una segunda parte del proyecto, llegado a un grado de concordancia aceptable tratará de realizar diagnósticos de sospecha para que luego los confirme o no el Radiólogo con el fin de confirmar la habilidades

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El responsable del proyecto ha recibido durante el 2016 un curso de la SEMG (Sociedad Española de Médicos generales y de Familia) con una duración de 2,4 créditos. El contenido de este curso versaba sobre ecografía cervical :Tiroides, tronco supraaortico y glándulas salivales . También tiene formación anterior acreditada de varios cursos de ecografía clínica para AP sobre ecografía abdominal, ecografía músculo esquelética y eco cardiovascular.
Se han realizado a lo largo del año 2017 dos sesiones una teórica y otra práctica sobre el ABC de la ecografía abdominal. Impartidas por el responsable del proyecto. Actualmente solo el responsable del proyecto realiza ecografías en el Centro.
Se han hecho ecografías a 68 pacientes. El número de ecografías por órganos ha sido de 201, correspondientes a el hombro (supraespinoso), tiroides, aorta, hígado, vesícula, riñón y vejiga de las cuales en AP se han detectado 53 patológicas. No se ha valorado el diagnóstico.
El grado de concordancia en Diciembre de 2017 de las 201 ecografías valoradas (Normal, Patológica), tanto en AP como por RX ha sido bueno (kappa 0,77), lo que indica un grado de acuerdo muy aceptable en esta primera valoración en cuanto a distinguir una eco normal de patológica en los órganos antes nombrados.
No se ha medido la satisfacción del paciente aunque no hubo negativas a poder repetir la eco grafía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Entre las lecciones aprendidas está el paso de un diagnostico de presunción clínica aun diagnostico mas preciso clinico-ecográfico. No obstante es una técnica que requiere mucho entrenamiento y una formación reglada una perspectiva muy clínica en su utilización para AP.

7. OBSERVACIONES.

En una continuación de este proyecto se trata de pasar a un segundo nivel para identificar algunas patologías básicas y concretas, al mismo tiempo que continuar con este primer nivel para los que comienzan.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/154 ===== ***

Nº de registro: 0154

Título
PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA BASICA EN ATENCION PRIMARIA: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Autores:
CASTILLO OLIVERA JOSE MARIA, CASTILLON FANTOVA ANTONIO, NAYA ATARES SERGIO, ASENSIO GRACIA MAVELI, GARCIA CALVO ANGEL, FOURNIER BEDOYA ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0154

1. TÍTULO

PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA EN AP: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías diagnosticables con ECOGRAFÍA
Línea Estratégica ..: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos ..: Otro tipo Objetivos

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....: Hacer ECOGRAFÍA CLÍNICA como en Cariñena

PROBLEMA

En nuestro Centro disponemos de varias técnicas: ECG, Espirometría... que nos ayudan en nuestro trabajo Pero falta la última técnica que se está implantando: la ECOGRAFÍA CLÍNICA, que es inocua, económica, fácil acceso, dinámica y reproducible
Y los nuevos ecógrafos son digitales y resolutivos
Estas cualidades han llevado a plantearnos este Programa de Mejora y buscar la concordancia con el RADIÓLOGO
En el año 2015 estaba implantado en varias comunidades con Madrid a la cabeza con el 19% de Centros de Salud con ecógrafo
En Aragón solo Cariñena y en algún momento Valdefierro y La Jota
En esos Centros de un total de 5900 casos se han detectado patologías en el 52%
El grado de satisfacción del usuario era de un 82% de muy satisfecho
Hasta ahora la Ecografía solo podía realizarla el Radiólogo "verdadero especialista" y nosotros solo solicitarla como procedimiento diagnóstico
Carecíamos de formación hasta que hemos realizado varios cursos básicos y de perfeccionamiento, todos acreditados para adquirir conocimientos básicos de ECOGRAFÍA CLÍNICA
A los participantes del grupo se les recomendará un curso anual de formación o sesiones clínicas o talleres formativos
La ecografía tiene la capacidad de detectar la ecogenicidad de cada órgano y con Doppler los flujos en los mismos Por todo ello se pueden detectar todas las estructuras de cada órgano y es usada como diagnóstico por Radiólogos, Cardiólogos, Ginecólogos, Medicina de Urgencias, Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Urología, Pediatría y ahora se está implantando en Medicina de Familia
Utilidad del programa de ECOGRAFÍA CLINICA está pensado para patologías frecuentes y básicas que podamos identificar como sospecha y así adelantar al especialista o hacer revisiones de casos ya diagnosticados

RESULTADOS ESPERADOS

Mejora en los servicios del Centro y en los resultados de la atención
Participación y desarrollo de los profesionales
Mejora de los procesos asistenciales y del paciente pluripatológico
Aplicación de experiencias llevadas a cabo en otros Centros: Cariñena
Aumentar la satisfacción del usuario

MÉTODO

Las medidas que se proponen si se aprueba el Proyecto: realizar REVISIONES a los pacientes que hayamos recibido el informe del Radiólogo y realizar ecografías de NUEVOS CASOS que soliciten los médicos participantes
Todas las ecografías se realizarán con Consentimiento Informado del paciente
Así habrá 3 subgrupos:
Realización de Ecografías
José María Castillo Olivera
Sergio Naya Atarés
Tratamiento de datos
Alejandro Fournier Bedoya
Revisión de concordancias
Resto del equipo cada uno en su cupo
El procedimiento sería, REVISIÓN de ecografías según el programa del punto 8, realizadas e informadas por el Radiólogo, y ver la concordancia de las mismas por un observador que lo coteja con el informe
Realizar nuevas ecografías según el programa del punto 8 sobre NUEVOS CASOS ante un observador que lo coteja con el informe del Radiólogo
Ver el grado de concordancia de ambos grupos
En este primer paso y en los siguientes no se tratará de realizar diagnósticos sino solo sospecharlos para que luego los confirme o no el Radiólogo

INDICADORES

Método observacional simple: porcentaje que coincide con el informe del especialista y de los que no coinciden
Programa estadístico SPSS V21 para el análisis de datos
Datos de concordancia cada 6 meses, del grupo de revisiones y de nuevos casos

DURACIÓN

1º año
Sospecha de patología básica
Aorta, hígado, vesícula, tiroides, riñón, vejiga y supraespinoso
2º año

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0154

1. TÍTULO

PROYECTO DE ECOGRAFIA CLINICA EN AP: BUSCANDO LA CONCORDANCIA

Patología abdominal, urológica y tendinosa
3º año
Patología osteomuscular nerviosa y vascular
4º año
Sospecha de patología cardiológica básica
5º año
Sospecha de patología cardiológica nivel medio
6º año
Patología pancreática, mamaria, testicular, presión venosa central y otros de cursos acreditados

OBSERVACIONES

Si no pudiéramos realizar diagnósticos en CASOS NUEVOS haríamos solo REVISIONES hasta que alcancemos un nivel de concordancia moderado-sustancial que según el índice Kappa sería de 0,41 a 0,80 y poder entonces comenzar con más seguridad con CASOS NUEVOS

Coste 0 puesto que disponemos de Ecógrafo portátil nuevo del Director del Proyecto con ecografía convencional, modo B, Doppler Color y Doppler Pulsado

Cada año se presentará un NUEVO PROYECTO especificando el programa según el capítulo 8

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1143

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS

Fecha de entrada: 16/03/2018

2. RESPONSABLE MERCEDES PEÑA ARENAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ LOMBA BEATRIZ
BARTOLOME FANDOS LOURDES
UGARTE FARRERONS SOL
LOPEZ PANO ESTELA
COARASA MONTER PILAR
ROYO ROYO SILVIA
FRANCO SANAGUSTIN TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES

1. Se seleccionará un grupo homogéneo y con características similares según el criterio de inclusión formado por 10-15 pacientes.

La actividad se desarrollará en la sala de Juntas de C.S. Pirineos.

2. Se impartirán un total de 5 sesiones de educación grupal por miembros del equipo de enfermería del Centro de Salud Pirineos en el que se desarrollarán diferentes aspectos de la Diabetes, dotando de herramientas al paciente para fomentar el autocuidado y prevención así de las complicaciones derivadas de la enfermedad.

El programa cuenta con 5 sesiones de aproximadamente 45 minutos que impartirán semanalmente a partir de la fecha establecida que se aproxima que será en el mes de Abril de 2017 estructuradas de la siguiente manera:

Sesión 1: ¿Qué es la Diabetes?

Sesión 2: Nutrición y Ejercicio

Sesión 3: Tratamientos: antidiabéticos orales e insulina

Sesión 4: Complicaciones Agudas y Crónicas

Sesión 5: Pie Diabético

Cada sesión contará de una exposición del tema a abordar por la enfermera responsable mediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos, así como una parte práctica en la que el paciente desarrollará las habilidades adquiridas durante la sesión ya sea mediante rol- playing o demostración con entrenamiento, que hagan participar al paciente de manera activa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos empezado el proyecto con un primer grupo de educación con 13 participantes, del 2de mayo al 6 de Junio teniendo que aumentar una sesión más a petición de los participantes. Durante el periodo vacacional hemos parado la actividad, y la retomaremos a partir del mes de Octubre.

Valorado el primer Indicador " n° de pacientes que han aumentado sus conocimientos sobre DM" Se les pasó una cuestionario de 13 preguntas el primer día, y el mismo cuestionario el último día.

El primer día el resultado fue de un 63,3 % de respuestas acertadas. El último un 73%, produciendose un aumento en un 7,7 %, por lo que si se ha producido un aumento pero quizás menos del esperado.

Creemos que esto es debido al cuestionario, revisaremos para adecuar mejor las preguntas al contenido de las sesiones.

Respecto al segundo indicador "n° de pacientes satisfechos con la actividad", No se les pudo pasar la encuesta de satisfacción por no estar acabada de diseñar por lo que no tenemos resultado de este indicador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Acciones de mejora propuestas tras el primer seguimiento
Reevaluar el contenido del cuestionario de conocimientos
Terminar de diseñar encuesta de satisfacción

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1143 ===== ***

Nº de registro: 1143

Título
EDUCACION GRUPAL EN DIABETES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1143

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS

Autores:

PEÑA ARENAS MERCEDES, SANCHEZ LOMBA BEATRIZ, BARTOLOME FANDOS LOURDES, UGARTE FARRERONS SOL, LOPEZ PANO ESTELA, COARASA MONTER PILAR, ROYO ROYO SILVIA, FRANCO SANAGUSTIN TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La incorporación de los programas de educación diabetológica, como parte fundamental del tratamiento de la DM, ha supuesto un cambio importante en la evolución de la enfermedad y ha demostrado el mejor control glucémico y la reducción de los costes sanitarios tras este tipo de intervenciones, aunque se requiere de programas educativos mantenidos y de refuerzo a lo largo del tiempo. (7)
"La participación activa del paciente en el manejo diario de la diabetes es la única solución eficaz para el control de la enfermedad y de sus complicaciones a largo plazo" (OMS).

RESULTADOS ESPERADOS

Promover el desarrollo de enfermería en el ámbito de la educación grupal para la salud y su papel relevante en la comunidad.
Aumentar los conocimientos del paciente sobre Diabetes y dotarle de herramientas y recursos que promuevan el autocuidado y los hábitos de vida saludable que minimicen las posibles complicaciones derivadas de la enfermedad y por consiguiente aumenten su calidad de vida.
Evaluar la eficacia del programa de educación tomando como indicadores, el aumento de conocimientos, importancia del control glucémico, modificación de conducta y la satisfacción de los participantes.

MÉTODO

Se seleccionará un grupo homogéneo y con características similares según el criterio de inclusión formado por 10-15 pacientes.
La actividad se desarrollará en la sala de Juntas de C.S. Pirineos.
Se impartirán un total de 5 sesiones de educación grupal por miembros del equipo de enfermería del Centro de Salud Pirineos en el que se desarrollarán diferentes aspectos de la Diabetes, dotando de herramientas al paciente para fomentar el autocuidado y prevención así de las complicaciones derivadas de la enfermedad.
Cada sesión contará de una exposición del tema a abordar por la enfermera responsable mediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos, así como una parte práctica en la que el paciente desarrollará las habilidades adquiridas durante la sesión ya sea mediante rol- playing o demostración con entrenamiento, que hagan participar al paciente de manera activa.

INDICADORES

La evaluación se llevará a cabo mediante los cuestionarios que rellenarán de manera individual los asistentes al programa al principio de la primera sesión y después de la última sesión y que versarán sobre:
El nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus.
Modificaciones de conducta en la vida diaria.
Importancia del control del nivel glucémico en la enfermedad.
Satisfacción del proyecto a nivel de usuario.
Los indicadores a utilizar:
Número de pacientes que han aumentado sus conocimientos sobre DM tras la intervención de las 5 sesiones.
Número de pacientes satisfechos con el programa.

DURACIÓN

El programa cuenta con 5 sesiones de aproximadamente 45 minutos que impartirán semanalmente a partir de la fecha establecida que se aproxima que será en el mes de Abril de 2017 estructuradas de la siguiente manera:
Sesión 1: ¿Qué es la Diabetes?
Sesión 2: Nutrición y Ejercicio
Sesión 3: Tratamientos: antidiabéticos orales e insulina
Sesión 4: Complicaciones Agudas y Crónicas
Sesión 5: Pie Diabético.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1143

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1311

1. TÍTULO

ESCUELA DE SALUD

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ SANCHEZ LOMBA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS PIRINEOS
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FRANCO SANAGUSTIN TERESA
CANUDO AZOR MARIA DOLORES
UGARTE FARRERONS SOL
CASTILLON FANTOVA ANTONIO
ROMAN ESCARTIN MANUELA
LAMORA PALLAS ESTHER PIRINEOS
BETRAN COARASA LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. PROCESO

· ORGANIGRAMAS

· Organigrama planificación y proceso:

· 06/06/17: Decisión de iniciar un proyecto comunitario en el Centro de Salud (C.S.).

· 23/06/17: Análisis de situación, conformación del equipo de proyecto y primeros planteamientos de la

Escuela de Salud.

· 21/07/17: Establecimiento de población diana y redacción de indicadores.

· 17/08/17: Propuesta a enfermería para realizar el primer taller de la Escuela de Salud y decisión de realizarla sobre inhaladores por las necesidades detectadas. El primer taller lo proponen los profesionales hasta que haya mayor difusión entre los pacientes de la Escuela de Salud. Se fijan fechas, contenido y población a la que va dirigido.

· 01/09/17: Entrega de folletos informativos a los profesionales de salud para que hagan difusión del taller desde la consulta.

· 14/09/17: Revisión final del material a entregar y de la sesión a impartir sobre inhaladores.

· 27/09/17: Análisis de evaluaciones.

· 28/09/17: Reunión conjunta entre responsable y matrona para fijar fechas, contenidos y población diana

para el segundo taller de la Escuela de Salud sobre ejercicios de suelo pélvico.

· 6/10/17: Entrega de folletos informativos a los profesionales de salud para que hagan difusión del taller desde la consulta.

· 18/10/17: Revisión final del material a entregar y de la sesión a impartir sobre ejercicios de suelo

pélvico.

· 27/10/17: Análisis de evaluaciones.

· 01/11/17: Reunión conjunta entre responsable de proyecto y fisioterapeuta para fijar fechas, contenidos y perfil de pacientes para el taller sobre higiene postural.

· 03/11/17: Entrega de folletos informativos a los profesionales de salud para que hagan difusión del taller desde la consulta.

· 15/11/17: Revisión de contenidos del taller de higiene postural.

· 24/11/17: Análisis de evaluaciones.

· Organigrama comunicación:

· 16/06/17: Comunicación al equipo de Atención Primaria del C.S. la intención de iniciar un proyecto comunitario acorde a las necesidades que hayan detectado.

· 07/07/17: Presentación al resto de personal del C.S. la Escuela de Salud.

· 1/09/17: Comunicación al resto del equipo de salud la fecha de realización del primer taller que será sobre inhaladores, la población a la que va dirigida para que realicen la captación activa desde las consultas y a las administrativas para que registren a los pacientes que soliciten participar. Comunicación indirecta mediante carteles informativos en zonas comunes del C.S.

· 27/09/17: Tras recibir las evaluaciones del primer taller se reciben bastantes propuestas de los participantes para que realicemos un taller sobre ejercicios de suelo pélvico; por lo que solicitamos la colaboración de la matrona para realizar un taller sobre este tema.

· 6/10/17: Comunicación al resto del equipo de salud incluyendo a las administrativas la fecha de realización del segundo taller que será sobre ejercicios de suelo pélvico, la población a la que va dirigida para que realicen la captación activa desde las consultas. Comunicación indirecta mediante carteles informativos en zonas comunes del C.S.

· 30/10/17 : Contacto con fisioterapia con la propuesta de hacer un taller sobre ergonomía postural por petición de los usuarios del centro.

· 3/11/17: Comunicación al resto del equipo de salud el contenido, la fecha de realización y la población a la que va dirigida el tercer taller de la Escuela de Salud que será sobre higiene postural, para que realicen la captación activa desde las consultas y a las administrativas para que registren a los pacientes que soliciten participar. Comunicación indirecta mediante carteles informativos en zonas comunes del C.S.

· Organigrama actividades:

· 26/09/17: PRIMER TALLER DE LA ESCUELA DE SALUD SOBRE INHALADORES.

· 26/10/17: SEGUNDO TALLER DE LA ESCUELA DE SALUD SOBRE EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO.

· 23/11/17: TERCER TALLER DE LA ESCUELA DE SALUD SOBRE EJERCICIOS DE HIGIENE POSTURAL.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1311

1. TÍTULO

ESCUELA DE SALUD

2. MATERIALES

- Usados:
 - Documentos en papel: Folletos informativos para que repartan todos los profesionales en su consulta, hojas de inscripciones para administrativas. Documentos de refuerzo de conocimientos para pacientes en los dos primeros talleres.
- Material didáctico:
 - Taller inhaladores: sillas, mesa, proyector, ordenador, inhaladores de prueba con mecanismos diferentes de uso.
 - Taller suelo pélvico: sillas, proyector, ordenador, materiales de muestra de diferentes dispositivos que existen en el mercado para refuerzo del suelo pélvico.
 - Taller higiene postural: Colchonetas.
- Recursos para pacientes:
 - Taller Inhaladores: documento explicativo y recordatorio sobre el uso del inhalador que usaban. Encuesta de satisfacción.
 - Taller suelo pélvico: documento explicativo de beneficios de realización de ejercicios de suelo pélvico, rutina de ejercicios para realizar en domicilio y posibilidad de hacer seguimiento individualizado de progresos desde consulta de la matrona. Encuesta de satisfacción.
 - Taller de higiene postural: Encuesta de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aunque en el planteamiento inicial no se fijó unos estándares mínimos en los indicadores dado a la novedad del proyecto respecto a otros llevados a cabo en el centro la evaluación de los objetivos que podemos realizar es la siguiente:

- Evaluación del objetivo general:
 - El objetivo general de proyecto se ha cumplido en gran medida ya que 2/3 de los talleres planteados fueron por los pacientes e iban encaminados a desarrollar estrategias en prevención de salud aplicables y útiles según han valorado los pacientes en su vida diaria.
 - Los talleres seguían una metodología de impartición dinámica y participativa en la que los pacientes dirigían en gran parte la orientación de los objetivos y actividades de la sesión solventando sus inquietudes.
 - Asimismo se les hizo partícipes en todo el proceso del proyecto, desde su planificación (teniendo posibilidad de sugerir temas) implantación (adecuando la actividad a sus necesidades) y evaluación (su opinión forma parte de los indicadores a medir y pueden expresar sus opiniones así como sus necesidades sentidas).
 - Por todo ello, creemos que este proyecto sigue una línea acertada para empoderar al paciente y reforzar sus conocimientos para mejorar su autonomía y autorresponsabilidad en cuanto a la salud.
- Evaluación de los objetivos específicos:
 - Aumentar la participación comunitaria: En el conjunto de los talleres se consiguió una participación total de 19 pacientes diferentes. 2 de ellos repitieron en uno de los siguientes talleres impartidos. Por lo que la participación es mayor que en la media de los proyectos anteriores llevados a cabo en el centro. La edad media de participación fue de 61,75 años. Un 66,6% de los asistentes fueron mujeres.
 - Involucrar al paciente en su salud: Los pacientes en 2/3 de los talleres fueron ellos los que decidieron el tema a desarrollar en el siguiente taller según sus necesidades expresadas. Y participaron en todas las sesiones de manera activa y adecuando los talleres para que pudieran seguir poniendo en práctica los conocimientos y habilidades adquiridas en su día a día.
 - Reunir a pacientes con las mismas inquietudes y necesidades: La participación era voluntaria por lo que todos ellos compartían esas inquietudes o necesidades a abordar.
 - Detectar necesidades de los pacientes pertenecientes al Centro de Salud: algunas de las necesidades detectadas fueron por parte del paciente y otras por parte de los profesionales. Por lo que los talleres abordaban problemas detectados desde ambos lados de la visión de salud.

4. METODOLOGÍA

- Metodología para la recogida de información de la evaluación:
 - Encuestas de satisfacción
 - Registro de inscripción y asistencia.
- Indicadores cuantitativos y cualitativos:
 1. N° de sugerencias recibidas:
 - a. Por profesionales del centro: 5 verbales
 - b. Por usuarios del centro: 7 sugerencias escritas y numerosas verbales
 2. N° de pacientes que participan en cada taller:
 - a. La participación total en los tres talleres fue de 21 pacientes. 19 diferentes en todos ellos.
 - b. La participación desglosada por taller en % según plazas ofertadas fue:
 - i. Taller inhaladores: 60%
 - ii. Taller suelo pélvico: 100%
 - iii. Taller higiene postural: 63%
 3. N° de talleres realizados: contenido. En total se realizaron 3 talleres de manera mensual. El contenido fue muy diverso entre ellos y dirigido a poblaciones diferentes para conseguir una participación más universal, conseguir una mayor difusión del proyecto y llegar a poblaciones más difíciles de captar en consulta y que al ofrecerles recursos más dinámicos y participativos donde veían un beneficio más directo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1311

1. TÍTULO

ESCUELA DE SALUD

para su día a día acudían a las sesiones .

4. N° de profesionales que participan: Se involucraron la mayoría de los profesionales del centro (admisión, enfermería, matrona, fisioterapeuta, medicina, pediatría...) cada uno desempeñando una función que contribuyó a sacar el proyecto adelante (difusión, propuestas, captación, impartición de taller, recogida de encuestas, registro de asistencia).

Tal y como se pretendía en el planteamiento inicial se consiguió que el proyecto se desarrollase de manera multidisciplinar impartiendo talleres dirigidos por personal de las diferentes categorías profesionales del centro.

5. Grados de conocimiento/ habilidades adquirido antes y después de los talleres: el 95% de los pacientes expresaron como muy útil los conocimientos adquiridos para su vida cotidiana y un 5% como útiles.

6. Grado de satisfacción de los pacientes: el 100% consideraba que habían cumplido sus expectativas y recomendaría el taller.

- Comparación de los cambios al inicio (análisis del problema) y al final:
- Se consiguió involucrar a las diferentes categorías profesionales del centro y pacientes en un proyecto comunitario:
- Captación y difusión: medicina y enfermería.
- Dirección de taller: enfermería, fisioterapia y matrona.
- Registro de pacientes: admisión
- Necesidades detectadas: profesionales y pacientes.
- Evaluación: profesionales y pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Evaluación de los objetivos no alcanzados:
- Hubiese sido positivo continuar con los talleres para abarcar mayor número de temas, mayor participación de otras categorías profesionales y llegar a mayor población.
- Aunque no se realizó curva de conocimientos posteriormente se reforzaba a nivel individual en consulta a los pacientes sobre las habilidades aprendidas.
- Faltó mayor difusión a los pacientes de las actividades que se iban a realizar ya que en alguno de los talleres faltaron plazas por cubrir.

5. CONCLUSIONES

Aunque todos los participantes valoraron como útil los talleres, es cierto que también consideraron como positivo ampliar el número de sesiones de cada temática de talleres para aumentar y fijar los conocimientos y habilidades aprendidas en este primero, por lo que sería positivo una vez identificadas algunas de las necesidades expresadas por los pacientes ampliar el número de sesiones de cada taller.

Asimismo, sería positivo mejorar la difusión y realizar un mejor y exhaustivo análisis de la población que pertenece al centro de salud para garantizar una equidad en la atención y acceso a los talleres.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1311 ===== ***

N° de registro: 1311

Título
ESCUELA DE SALUD

Autores:
SANCHEZ LOMBA BEATRIZ, FRANCO SANAGUSTIN TERESA, CANUDO AZOR MARIA DOLORES, UGARTE FARRERONS SOL, CASTILLON FANTOVA ANTONIO, ROMAN ESCARTIN MANUELA, LAMORA PALLAS MARIA ESTHER, BETRAN COARASA LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1311

1. TÍTULO

ESCUELA DE SALUD

PROBLEMA

Este proyecto trata de dar respuesta a las nuevas inquietudes de salud de los ciudadanos, poniendo en práctica los nuevos paradigmas emergentes enfocados a la Salutogénesis del individuo, dejando atrás un modelo patriarcal y enfocado en la patogeneidad y teniendo en cuenta la diversidad de grupos de población y necesidades que acoge este Centro de Salud.

Se pretende combinar la educación para la salud, que comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar los conocimientos de la población y desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud y la promoción de salud, que tiene como finalidad empoderar a los ciudadanos, es decir, responsabilizarles en la defensa de la salud propia y colectiva.

Gracias a la amplia variedad de profesionales de la salud que conforman el Centro, es viable este proyecto y lo capacita para dar una atención interdisciplinar, integral y de calidad, en el que se incluye la prevención (primaria, secundaria y terciaria), el tratamiento, la adaptación social a un problema crónico (rehabilitación, cuidados, integración y socialización) y la promoción de salud (referida a la implicación de los individuos en el desarrollo y disfrute de su salud) en todas las esferas bio-psico-sociales del individuo, abordándolas desde las tres áreas de intervención prioritarias: problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales.

RESULTADOS ESPERADOS

- Generales:
 - Mejorar y dotar al paciente de habilidades y herramientas que le ayuden a solventar las necesidades que haya identificado.
- Específicos:
 - Aumentar la participación comunitaria
 - Involucrar al paciente en su salud
 - Reunir a pacientes con las mismas inquietudes y necesidades
 - Detectar necesidades de los pacientes pertenecientes al Centro de Salud.

MÉTODO

- La difusión se realizará indirectamente mediante carteles y folletos informativos y de manera directa por los profesionales del Centro de Salud.
- Quedarán a la disposición de los pacientes un buzón de sugerencias donde puedan dejar sus propuestas de temas a tratar.
- Según el número de peticiones se elegirá cada mes el tema del siguiente taller grupal.
- Se llevará a cabo en el Centro de Salud en una sala acondicionada para la actividad que se vaya a realizar.
- Las sesiones serán interactivas y dinámicas en las que primará la participación de los pacientes.
- Cada sesión será dirigida por uno o varios profesionales de salud del Centro según el área del tema a tratar.

INDICADORES

- Indicadores:
 - Porcentaje de satisfacción de los asistentes
 - N° de asistentes a las sesiones
 - Porcentaje de pacientes que refiere haber ampliado sus conocimientos o habilidades sobre el tema de salud tratado.
 - Porcentaje de pacientes que indica que los conocimientos adquiridos son útiles para su vida diaria.
- Evaluación:
 - Mediante encuestas tras las sesiones.

DURACIÓN

- La duración del proyecto será de un año en el que se impartirán sesiones/talleres mensuales.
- Cada sesión/taller tendrá una duración de una hora.

OBSERVACIONES

Se podría plantear una ampliación de un tema concreto tratado en uno de los talleres desglosándolo en varias sesiones en caso de identificar un gran interés o necesidad de la población.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1311

1. TÍTULO

ESCUELA DE SALUD

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0770

1. TÍTULO

INTERVENCION EN EL C. S. PIRINEOS PARA LA REDUCCION DE LA IATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ANTONIO CASTILLON FANTOVA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAMORA PALLAS ESTER
LUESMA GUIRAL MIGUEL
TORRIJO CASCANTE MARIA ANGEL
CLAVER GERMAN ALFREDO
CHAVERRI EVA
ESCAR RIVERA MARIA ISABEL
AGUARON JOVEN EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tres sesiones de equipo, multidisciplinar, explicando las consecuencias de la terapia Triple Wammy consensuando el protocolo de actuación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Disminución de 32% de pacientes en tratamiento con TW a fecha diciembre 2018 en la población diana

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Metodología, tanto por parte de Medicina como de Enfermería para identificar pacientes en terapia con TW y modificar el tratamiento

7. OBSERVACIONES.
Nos gustaría continuar con el proyecto durante el año 2019 y conseguir disminuir en más del 50% a los pacientes en terapia con TW

*** ===== Resumen del proyecto 2018/770 ===== ***

Nº de registro: 0770

Título
INTERVENCION EN EL C. S. PIRINEOS PARA LA REDUCCION DE LA IATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY

Autores:
CASTILLON FANTOVA ANTONIO, LAMORA PALLAS ESTER, LUESMA GUIRAL MIGUEL, TORRIJO CASCANTE MARIA ANGEL, CLAVER ALFREDO, CHAVERRI EVA, ESCAR RIVERA MARIA ISABEL, AGUARON JOVEN EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Insuficiencia renal
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Una vez conocidos y analizados los datos de cartera de servicios de 2017, se apreció que uno de los puntos de mejora por parte del equipo era la disminución de los pacientes en tratamiento con triple Whammy (TW) Durante el año 2017 la disminución de pacientes con estos tratamientos fue mínima. Se trata de pacientes que debido a esta triple terapia tienen un riesgo considerable de fracaso renal agudo y un aumento concomitante del número de ingresos hospitalarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: Disminución entre 40 y 50% de pacientes en tratamiento con TW a final de año
Población diana : Usuarios del C. de S. Pirineos mayores de 18 años

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0770

1. TÍTULO

INTERVENCION EN EL C. S. PIRINEOS PARA LA REDUCCION DE LAIATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY

MÉTODO

Realización en Mayo de 2018 de sesión clínica conjunta para Medicina, Enfermería y Admisión presentando el riesgo de la TW y explicando los fármacos que forman parte de cada grupo y determinando estrategias conjuntas. Obtención por medio del cuadro de mandos del listado de pacientes en tratamiento crónico con TW. Admisión se encargará de identificar a estos pacientes en el encabezamiento de su historia con una TW, durante el mes de mayo para que su médico-enfermera lo identifique y actúe en consecuencia. Posteriormente intervención individualizada con cada médico y enfermera con recomendaciones para la supresión de uno o más componentes de la TW. Propuesta de alternativa, si procede, de alguno de los fármacos componentes de la TW. En Octubre de 2018 se realiza Sesión Clínica de todo el equipo presentando datos y aplicando de nuevo las medidas anteriormente citadas si la evolución de las cifras no fuera descendente como se prevé

INDICADORES

Número de pacientes mayores de 18 años en tratamiento crónico obtenido del cuadro de mandos. Monitorización de la función renal (FR): Revisión de la FR en los 6 meses previos al estudio, si estaba ya con TW. Si no se disponía cifra de FR se recomienda solicitarla. Estos datos se obtendrán de la historia informatizada en OMI-AP. Valor a alcanzar: Se espera al final del estudio una disminución del 40-50% del número de pacientes en tratamiento con TW

DURACIÓN

Inicio del proyecto, mayo de 2018 por medio de una sesión clínica conjunta, impartida por el coordinador del proyecto. Durante los meses de mayo a septiembre, intervención por parte de Medicina y Enfermería sobre los pacientes con TW; con posterior intervención individualizada si se precisara, durante este mismo periodo. En octubre de 2018, nueva sesión clínica conjunta de análisis de los datos obtenidos realizada por el coordinador del proyecto. En diciembre de 2018, finalización del proyecto con presentación de los datos obtenidos en enero 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 - 2018/0114

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES ALAYETO GASTON
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BAMBA MORER BARBARA
SANCHEZ LUCAS NAIARA
GIL PELEATO EVA
CARCELLER TEJEDOR AMAYA
CALVERA FANDOS LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REVISION BIBLIOGRAFICA
SELECCIÓN PROTOCOLOS Y TESTS
CONFECCION PROTOCOLOS
COMIENZO USO PROTOCOLOS DESDE ABRIL 2018
LOS PROTOCOLOS ESTAN GUARDADOS EN DOCUMENTO WORD Y UTILIZADOS POR LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA DE NEUROPSICOLOGIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

CONFECCION E INCORPORACIÓN DE 5 TIPOS DE PROTOCOLOS DE EXPLORACION:

-DETERIORO COGNITIVO MAYORES DE 65 AÑOS
-ESCLEROSIS MULTIPLE
-ABUSO DE ALCOHOL
-TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO
-HIDROCEFALIA

NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS DESDE ABRIL DE 2018 HASTA ENERO DE 2018: 145 PERSONAS

NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS MISMO PERIODO DE 2017: 128 PERSONAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Reducir el tiempo requerido por paciente a través de la implantación del uso de protocolos por objetivos de evaluación permite incrementar la eficiencia del servicio ofrecido, permitiendo atender mayor número de pacientes (preservando la calidad de la atención y de los resultados obtenidos).

Por otro lado, los protocolos son subsidiarios de mejora continua, han de estar basados en la literatura científica sin perder de vista que al mismo tiempo han de adecuarse a los objetivos planteados desde las distintas unidades derivantes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/114 ===== ***

Nº de registro: 0114

Título
PROTOCOLOS DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA

Autores:
ALAYETO GASTON MARIA ANGELES, MORER BAMBA BARBARA, SANCHEZ LUCAS NAIARA, GIL PELEATO EVA, CARCELLER TEJEDOR AMAYA, CALVERA FANDOS LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0114

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En marzo de 2016 se pone en funcionamiento el Programa de Neuropsicología, dentro del Servicio de Atención Continuada de la especialidad, en el hospital San Jorge de Huesca. En estos momentos el programa se lleva a cabo por un residente de psicología bajo la supervisión de psicólogo adjunto, durante dos tardes (de 4 horas) a la semana. Desde su puesta en funcionamiento las derivaciones de pacientes por parte de los diversos servicios (neurología, psicogeriatría, UHB de psiquiatría, unidades de salud mental...) para la realización de exploraciones neuropsicológicas ha aumentado considerablemente. Se hace necesario reducir el el tiempo requerido por paciente sin que redunde en la calidad de las exploraciones. Se plantea para ello la confección de protocolos de evaluación (por objetivos de evaluación) que permitan incrementar la eficiencia del servicio, preservando la calidad de la atención y de los resultados obtenidos.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es poder evaluar a los pacientes derivados a la unidad según diferentes protocolos de evaluación neuropsicológica confeccionados por objetivos de evaluación, una vez revisada la literatura, seleccionados los tipos de protocolos y los test y baterías que compongan cada uno de ellos. Con ello se optimizará el procedimiento de evaluación, reduciendo drásticamente el tiempo previo dedicado a la selección de pruebas (hasta ahora de forma individualizada), este ahorro de tiempo redundará en: mejor atención, incremento de pacientes evaluados, realización de tareas (corrección de pruebas, realización de informes)...

MÉTODO

- 1.- REVISION BIBLIOGRAFICA: Revisar los protocolos realizados por otras unidades : A cargo del residente bajo supervisión psicólogo adjunto.
- 2.- ELECCION DE LOS TIPOS DE PROTOCOLOS POR OBJETIVOS: Una vez revisada la literatura y teniendo en cuenta las particularidades de la demanda atendida se elegirán los distintos tipos de protocolos (ejemplos de posibles tipos de protocolos: protocolo para casos de sospecha de demencia en personas mayores de 65 años; protocolo para casos de personas con historial de abuso de tóxicos, protocolo para casos de TCE, ACV...etc)
- 3.- SELECCION DE LOS TESTS Y BATERIAS que compondrán los distintos protocolos de evaluación: Seleccionar aquellos que se adapten a las necesidades de la unidad y requerimientos del tipo de demanda.
- 4.- CONFECCION DE LOS PROTOCOLOS
- 5.- COMENZAR EXPLORACIONES SEGUN PROTOCOLOS
- 6.- EVALUACION: Protocolos de evaluación y nº de pacientes explorados por tipo de protocolo

INDICADORES

- 1.- PROTOCOLOS CONFECCIONADOS: Tipos de protocolo según objetivos de evaluación y test y baterías que componen cada uno de los tipos de protocolo.
- 2.- Nº DE PACIENTES EVALUADOS POR PROTOCOLO CONFECCIONADO

Pacientes que se benefician de cada uno de los tipos de protocolo confeccionados

DURACIÓN

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO DEL PROYECTO: 1 DE MARZO 2018

FIN DEL PROYECTO: indefinido

CRONOGRAMA:

- 1 y 2: REVISION BIBLIOGRAFICA y ELECCION DE LOS TIPOS DE PROTOCOLOS POR OBJETIVOS: MARZO 2018
- 3 y 4: SELECCION DE LOS TESTS Y BATERIAS y CONFECCION PROTOCOLOS: MARZO DE 2018
- 5.- EXPLORACIONES SEGÚN PROTOCOLOS: A PARTIR DE DE ABRIL 2018
- 6.- EVALUACION: JULIO 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0114

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1530

1. TÍTULO

SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE MARGARITA CANO SANCHEZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MELENDO MORENO MARIA PILAR
GONZALEZ TORRES EDUARDO
RIVILLA MARUGAN LAURA
RIO ABARCA TERESA
LABARTA BELLOSTAS MARIA
CINCA MONTERDE CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Febrero 2018: reunión Equipo Atención Primaria /ASAPME/ Trabajador Social Comarca y Equipo de Salud Mental.
Mayo y septiembre 2018: reunión de coordinación del responsable del Centro de Salud con responsable de ASAPME
Mayo 2018: explicación del proyecto en la facultad de Ciencias de la Salud y el Deporte (Universidad de Zaragoza, campus de Huesca), como parte de la asignatura "ejercicio físico en poblaciones específicas". En esta actividad nos acompañaron profesionales y usuarios de AVIFES (Asociación Vizcaína de familiares y personas con enfermedad mental) y se proyectó el documental "Y si te dijeran que puedes, Premio Somos Pacientes 2018 como la "Mejor Iniciativa de concienciación social"
Octubre 2018: excursión el domingo 28 octubre de usuarios, familiares y profesionales, de 3 horas de duración y con visita a una Ermita de la zona.
Diciembre 2018: "Vermut navideño"

Se ha realizado 1 sesión semanal de ejercicio físico durante todo el año ininterrumpidamente (46 sesiones), con una duración media de 1 hora. Una vez al mes la sesión se ha prolongado con 1 hora de ejercicio dirigido por la fisioterapeuta del Centro de Salud (estiramientos y propiocepción).
En alguna de las salidas nos ha acompañado personal del Grupo de Montaña de Sabiñánigo con propuesta de rutas por su parte.

Se ha incorporado la actividad al blog de "Estrategia Atención Comunitaria Aragón", para que los profesionales de la zona puedan ofrecer el proyecto como un recurso más a los usuarios que crean necesarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Participación usuarios: entre 6-11 personas por sesión. De ellos la participación de voluntarios "sanos" ha oscilado entre 1 y 4. Medido mediante registro de asistencia.
- N.º de usuarios que asistieron a la primera sesión (INDICADOR 1): 14 usuarios.
- Número de usuarios que han realizado más de 10 sesiones de ejercicio: 9 en total. Corresponde a un 64% del número inicial de usuarios (superior al 40% de los indicadores)

-Participación de profesionales de distintas entidades comunitarias: en todas las sesiones ha habido un mínimo de un profesional: terapeuta ocupacional de Asapme, personal del Centro de Salud (medicina, enfermería, fisioterapeuta, auxiliar de enfermería, administrativo) o personal de Comarca (trabajador social). Su implicación ha sido constante y muy bien coordinada.

-Se ha conseguido crear una rutina semanal de ejercicio sin realizar ningún parón, ni siquiera en vacaciones estivales y navideñas.
En algunos usuarios que tenían nivel previo de actividad limitado, se observa mejora en capacidad de actividad física, ya que inicialmente paraban al poco del inicio de la actividad y ahora pueden completar el mismo recorrido que el resto.

- Se ha conseguido que varios de los usuarios realicen ejercicio no sólo el día de la actividad sino en sesiones fuera del programa.

-Socialización significativa entre los usuarios, interacción no dirigida entre ellos, satisfacción percibida entre usuarios (observación directa, principalmente a cargo de profesional de Asapme). Algunos de los participantes han asumido el rol de líder, en caso de que sea necesario desagregar el grupo por la diferente capacidad física de los asistentes, alguno de los voluntarios se coordina con el profesional para hacer dos grupos según nivel.
-Aunque no estaba prevista inicialmente la monitorización de parámetros analíticos, y de hecho no se ha hecho de forma reglada, en los dos diabéticos del grupo se ha observado una mejora significativa de su control metabólico (sin cambios en tratamiento) pasando uno de ellos de una HbA1c de 8 en diciembre 2017 a 7,4 en junio 2018. La otra usuaria presentaba HbA1c de 8 en agosto 2017 y 6,8 en agosto 2018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-La principal conclusión: es una actividad muy bien acogida tanto por los usuarios como por los profesionales. A parte del ejercicio físico como herramienta terapeuta fundamental de salud físico-psíquica, se ha trabajado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1530

1. TÍTULO

SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

el estigma de la enfermedad mental. Ha dejado de ser importante reconocer a qué grupo pertenecen las nuevas incorporaciones.

-Efecto no esperado: llegan nuevas incorporaciones al grupo con distintas problemáticas como son el aislamiento social, miedo a caminar sola por problemas de audición, pacientes en recuperación tras quimioterapia....

-Objetivo no cumplido: Sigue sin poder cumplirse la hora semanal de ejercicio en el agua con monitor, debido al cambio de empresa encargada de servicios municipales.

-Áreas de mejora: Se han colocado carteles distribuidos en el municipio para promover la iniciativa de los paseos y recordarlo de forma continuada a la ciudadanía en general. También está previsto editar una cuña de radio dentro de la sección de actividades culturales de la zona.

7. OBSERVACIONES.

La excursión extra tiene muy buena acogida entre los asistentes y está prevista realizar otra en primavera. Se intentará ofertar esta actividad al menos dos veces al año. En este punto se nos plantea el problema de que no disponemos de transporte hasta el punto de partida (Comarca puede ofrecer vehículo, pero no los fines de semana); ni seguro de responsabilidad para la actividad. En la única ocasión en que se ha realizado los usuarios firmaron un documento de descargo de responsabilidad. También se intentará realizar actividades conjuntas con AVIFES (Asociación Vizcaína de familiares y personas con enfermedad mental).

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1530 ===== ***

Nº de registro: 1530

Título
SIN QUEBRANTAR HUESO. PROGRAMA DE PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

Autores:
RIVILLA MARUGAN LAURA, LANA MARTIN ADOLFO, ANDRES RUIZ AINHARA, RIO ABARCA TERESA, GARCIA ALVAREZ PEDRO, LABARTA BELLOSTA MARIA, CANO SANCHEZ MARGARITA, CINCA MONTERDE CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Pocos tratamientos farmacológicos tienen un impacto en mortalidad, calidad de vida y prevención de enfermedad comparable al ejercicio físico. Sin embargo, muchas veces el consejo sanitario es poco efectivo, hecho que se constata aún más en pacientes psiquiátricos, en los que muchas veces coexisten problemas de sobrepeso, sedentarismo y enfermedades asociadas, y por tanto podrían beneficiarse especialmente si lo llevaran a cabo. Es frecuente que centremos nuestra intervención sanitaria en el ámbito de su salud mental, incidiendo menos en prevención cardiovascular o bienestar físico. Además, en muchas ocasiones, estos pacientes presentan cierta tendencia al aislamiento social, lo que dificulta aún más la realización de ejercicio

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos fomentar la práctica de ejercicio físico a la vez que la socialización de pacientes psiquiátricos. Para ello formaremos desde el centro de salud un grupo constituido al 50% por pacientes psiquiátricos y 50% por voluntarios sin patología. Los pacientes a los que se ofrecerá este proyecto deberán tener una mínima capacidad física, que permita caminar al menos media hora a ritmo ligero

MÉTODO
Se ofertará actividad en el grupo 1 o 2 días por semana, según recursos. La captación de pacientes se realizará por parte de atención primaria, equipo de salud mental y trabajadores sociales. La enfermera de salud mental

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1530

1. TÍTULO

SIN QUEBRANTAR HUESOS. PROMOCION DE EJERCICIO FISICO EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

será la encargada de convocar a los pacientes que deseen participar
Uno de los días contaremos con la colaboración del servicio municipal de deportes que pondrá a nuestra disposición durante 1 hora la piscina climatizada con monitor
El otro día se realizarán paseos de entre media hora y cincuenta minutos a ritmo considerado moderado. Según la preparación del profesional que conduzca el grupo de podrá complementar con ejercicios de fuerza y estiramiento. La fisioterapeuta del centro de salud supervisará periódicamente estos ejercicios
Contamos con la participación en el acompañamiento a pacientes de ASAPME (asociación aragonesa pro salud mental), trabajadores sociales de comarca, personal sanitario y no sanitario del centro. Abierto a otras asociaciones o colectivos en un futuro

INDICADORES

Indicador nº 1

Número de pacientes que realizan la 1ª sesión de ejercicios

Valor mínimo pacientes 5. Valor máximo 10

Indicador nº 2 (medido al año de inicio del proyecto)

Número de pacientes que han realizado más de 10 sesiones de ejercicio: valor mínimo: 40% de los pacientes al inicio

DURACIÓN

Inicio en Octubre 2017. Responsables los que figuran como miembros del equipo de mejora. Sin fecha fin programada

OBSERVACIONES

Se nos plantea la duda de si precisaríamos algún tipo de seguro para desarrollar el proyecto

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0814

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ALA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL C.SALUD SABIÑANIGO

Fecha de entrada: 24/12/2018

2. RESPONSABLE TERESA RIO ABARCA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL FERRER VIRGINIA
VICENTE CAMPOMANES ELBA
PICKFORD SARA
HERNANDEZ AGUSTIN LUISA
LABARTA BELLOSTAS MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Soprtre comunicacion entre profesionales At continuada/At primaria
-Sesiones (dispositivos de via aerea, desfibrilador manual, codigo infarto) y curso formativo 20h de urgencias en el ambito de at primaria en el Hosp Jaca.
-Actualizaciones de los set de urgencias se añadio un set nuevo de acidemia propionica.
- Revisiones semanales y mensual de sala de urgencias y maletin coche

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se considera adecuada la formacion realizada ya que no se pudo impartir el taller de RCP pero se cumplio con sesiones y curso formativo.
El soporte de comunicacion funciono adecuadamente los primeros meses, despues se ha obsevado una disminucion de casos.
Aumento del % de cumplimiento de revisiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Incluir los sets de urgencias y parto en rev periodicas al igual que el nuevo desfibrilador.
Mejorar e insistir en el panel de soporte pa comunicaciones.
Anotar los problemas en hoja de incidencias y enviar al Coordinador.
Se hara propuesta para modificar las pautas de revisiones de la sala y malentin, incluyendo al personal que no haga guardias en At primaria.

7. OBSERVACIONES.
Vamos a incluir en el programa los nuevos componentes anteriormente mencionados ya que ni Mar lobarda ni Marta Mañe permanecen en este centro.
Queremos establecer una mejora en el carro de paros y la sala donde se guarda las botellas de O2 hay que revisarla y hablarlo con el coordinador.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/814 ===== ***

Nº de registro: 0814

Título
MEJORA DE LA ATENCION A LA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE SABIÑANIGO (CONTUINUIDAD DE PROYECTO 2016)

Autores:
RIO ABARCA TERESA, MAÑE GODE MARTA, LORBADA PACHECO MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

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

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0814

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCION ALA URGENCIA Y EMERGENCIA DEL C.SALUD SABIÑANIGO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante el pasado año desarrollamos un proceso de mejora del área de urgencias de nuestro centro de salud. Aunque se han conseguido mejorar algunos aspectos como las revisiones de la sala de urgencias y el maletín del coche, o la formación de los profesionales en emergencias, quedan aún aspectos mejorables. Se ha detectado falta de comunicación entre los profesionales de consulta y los de atención continuada. También se ha incrementado la formación en emergencias, pero es preciso continuar en esta línea y fomentar la coordinación con nuestra UME de referencia.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la comunicación entre los profesionales de consulta, los de atención continuada y los de 061.
Mejorar la formación del personal del centro de salud en atención a la emergencia.
Facilitar la atención a la emergencia.

MÉTODO

En el área de urgencias se dispondrá de un soporte de comunicación (pizarra o corcho) para informar sobre pacientes susceptibles de atención durante el horario de atención continuada (terminales, inestables etc). Del mismo modo se informará, por parte de los profesionales de atención continuada de los casos de mayor gravedad o susceptibles de seguimiento atendidos durante la jornada de atención continuada. Se realizará un taller de formación en RCP avanzada que será llevado a cabo por los profesionales de la UME de Sabiñanigo, en horario de tarde y de 4 horas de duración. También se realizará sesión recordatoria de las patologías de las que se realizó set de urgencias en programa de mejora de año pasado (anafilaxia, hipoglucemia, convulsiones, intoxicaciones, s. coronario agudo, arritmias). Se intentará optimizar la cumplimentación de las hojas de revisiones de urgencias.

INDICADORES

1/ Asistencia al taller de RCP avanzada que se realizará en colaboración con UME de Sabiñanigo (hoja de firmas).
2/ Grado de cumplimentación de hoja de firmas de revisiones de urgencias. Tendrá que haberse realizado revisión y firma mensual del maletín del coche. Revisión y firma semanal del área de urgencias.

DURACIÓN

Entre Enero y febrero se reliazará el taller con la UME de Sabiñanigo (ya acordado con ellos con la supervisión del 061), según disponibilidad ponentes. En Junio se realizará sesión de recordatorio de las patologías de las que realizamos set de emergencias (ver proyecto año pasado). Desde Octubre 2016 se ha instalado en área de urgencias el soporte para el intercambio de información entre profesionales.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0847

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

Fecha de entrada: 17/12/2017

2. RESPONSABLE TEOFILO LORENTE AZNAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LANAO MARTIN ADOLFO
BANDRES FRANCO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Octubre 2016: reunión con responsables de las dos residencias de nuestra localidad (enfermería en un caso, auxiliar de enfermería y personal de dirección en otro) para explicar el proyecto y coordinar las acciones
- A partir de Noviembre 2016 : iniciamos la cita de las consultas administrativas de las residencias como "demanda no presencial", de forma que puedan gestionarse de la forma menos disruptiva posible en consulta
Coincidiendo con la vacunación anual de gripe se procede a actualizar la vacunación antineumocócica de los usuarios institucionalizados que carecían de ella, quedando vacunados prácticamente el 100% de los residentes.
Los facultativos realizan una valoración de qué residentes se beneficiarían de la vacunación indicada en pacientes de riesgo y se procede a su remisión a consulta Medicina Preventiva H. Jaca.
Los nuevos ingresos en residencia son citados como "domicilios programados" a su médico de referencia, de forma que, se realiza visita al nuevo ingresado en plazo de 1 mes; en el plazo de 1 semana si la institucionalización ha sido motivada por causas médicas (tras hospitalización o proceso intercurrente)
-Se instaura OMI en las dos residencias geriátricas
-Enero 2017: sesión clínica a cargo del centro de salud sobre manejo del SARM en residencias geriátricas, con asistencia de enfermería y auxiliares de ambas residencias
- Junio-Julio 2017: todos los usuarios institucionalizados son citados como "domicilio programado" con su médico de referencia. Esta cita sirve a modo de recordatorio para que el profesional realice al menos una valoración anual de la evolución del paciente: si ha habido cambios en situación basal, revisión de medicación crónica, revisiones pendientes etc.
-Octubre 2017: reunión equipo para valorar estado del proyecto y áreas de mejora
-Diciembre 2017: sesión con servicio de Geriátrica sobre anciano frágil (pospuesta a Enero por circunstancias del ponente)
Reunión con responsables de residencia para recordar / actualizar objetivos del programa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1: del total de nuevos institucionalizados desde Noviembre, se procede a valorar cuántos tienen su situación basal anotada en OMI (se han excluido de esta medición los fallecidos, los ingresos temporales y los pacientes <65 años que ingresaron por causa psiquiátrica y/o social):
- TOTAL NUEVOS INGRESOS: 21
13 SI anotada situación basal en OMI / 8 NO anotada
INDICADOR 2: nº de citas programadas de revisión anual que se tradujeron en actuación por parte del facultativo de atención primaria (se midió revisando las citas programadas realizadas en Junio y Julio, valorando en OMI si se habían traducido en solicitud de analítica, revisión de medicación, visita programada o actualización (tipo derivación a geriatría, revisión de situación basal etc)
de 114 CITAS PROGRAMADAS citadas: 42 se tradujeron en actuación (36% del total)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha supuesto una mejora en la coordinación con las residencias de nuestra localidad, con una mayor implicación del profesional de atención primaria en el seguimiento de estos pacientes, una mejora de la cobertura vacunal y una optimización de la anotación en la historia clínica de estos usuarios. Creemos que esto redundará en mejora de la seguridad, disminuyendo posibilidad de errores y mejorando la calidad de la atención en estos pacientes que, a pesar de ser en su mayoría pluripatológicos y polimedicados, en muchos casos estaban recibiendo menos atención que otros usuarios en las mismas condiciones
ÁREAS DE MEJORA: al valorar el nº de residentes que tenían su situación basal anotada, se detectó gran variabilidad en el lugar de anotación de las mismas. En reunión de equipo se decidió unificar criterios y anotarla en "avisos" al profesional.
Se detectó también un error (no identificado) al citar el domicilio programado anual de uno de los cupos: sólo fueron citados 4 pacientes
En los últimos meses del año (coincidiendo también con cambios de personal en ambas residencias), se ha detectado una disminución de observancia de los ítems acordados: citas programadas de nuevos institucionalizados, informar a facultativo de ingresos hospitalarios de residentes, valoración vacunal de nuevos ingreso....Se procederá a recordar los objetivos y actuaciones a los profesionales de la residencia

7. OBSERVACIONES.

El 2º indicador que en un principio nos proponíamos medir (nº de nuevos institucionalizados que tiene su situación basal anotada en historia de papel de la residencia) ha sido sustituido por otro. El motivo es que comprobamos que dicha anotación era realizada por personal de la residencia con lo cual no era una forma válida de medir la actuación del equipo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0847

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIATRICAS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/847 ===== ***

Nº de registro: 0847

Título
MEJORA DE LA ASISTENCIA A USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIATRICAS

Autores:
RIVILLA MARUGAN LAURA, LANA O MARTIN ADOLFO, LORENTE AZNAR TEROFILO, BANDRES FRANCO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PLURIPATOLOGICOS
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La atención a usuarios de residencias es especialmente compleja por tratarse en su mayoría de pacientes pluripatológicos.
La visita a estos pacientes suele realizarse a última hora de la jornada laboral, existiendo a veces un infrarregistro en los historiales de estos usuarios
La carga de trabajo administrativo que se genera desde las residencias es habitualmente alta, no estando organizada en las agendas de los profesionales
Una de las residencias que asistimos dispone de atención facultativa, y muchas veces delegamos el seguimiento de estos pacientes. Sin embargo la complejidad de los mismos exige optimizar su atención por parte de todos los implicados, no siendo deseable que el médico de atención primaria asuma el papel de mero gestor administrativo o disponible únicamente para casos de urgencia
Por otro lado, el facultativo de la residencia no tiene acceso a información de historia clínica electrónica como los facultativos del SALUD

RESULTADOS ESPERADOS
1.Organizar el trabajo administrativo generado desde las residencias, realizándose de la forma menos disruptiva posible para el profesional del SALUD
2.Mejorar la coordinación con el facultativo de la residencia que dispone de él
3.Aumentar la implicación de los facultativos del SALUD como profesionales de referencia de los usuarios institucionalizados
4.Disponer de una historia clínica actualizada de estos usuarios
5.Estar al día de los nuevos ingresos de residentes, sobre todo de aquellos con patología médica importante
6. Mejorar la seguridad del paciente, minimizando errores provocados en el proceso de institucionalización (cambios en su medicación habitual tras ingreso hospitalario, pérdida de revisiones por especializada etc)
7. Optimizar la cobertura vacunal de estos pacientes

MÉTODO
Las citas administrativas se gestionarán como "demanda no presencial" para que el profesional disponga de hueco específico para ellas
Los profesionales del centro de salud tendrán notificación de cada nuevo ingreso de residente asignado a su cupo y se comprometen a realizar una visita inicial a dicho residente en el plazo de 1 mes .Si se trata de un ingreso motivado por causas médicas (tras hospitalización o proceso intercurrente) la visita se intentará realizar en el plazo de 1 semana.
Cada usuario de la residencia tendrá recogido en su historia clínica (tanto de OMI como de papel en la propia residencia) la situación basal del residente, de manera que el personal que atienda a dicho usuario de manera puntual, pueda contar con esta información.Dicha historia de papel en la residencia también recogerá las visitas del personal del SALUD, ya sea de su médico/enfermero, como de personal MAC/EAC.
Por parte de la residencia se aportará fotocopia de los informes médicos de los residentes, tanto de hospitalización como de consulta por especializada
Los médicos del centro de salud nos comprometemos a realizar de forma anual una valoración de la evolución de cada uno de los usuarios que tenemos asignados. En esta valoración se prestará atención a revisión de medicación crónica.En el caso de la residencia que dispone de facultativo, se comentarán sugerencias con él.Para que sirva de recordatorio se citará anualmente a cada médico un DOMICILIO PROGRAMADO de los residentes que tiene asignados
Por parte del centro de salud se priorizará la vacunación de los pacientes institucionalizados
Se invitará a los profesionales sanitarios de la residencia a las sesiones clínicas que estén relacionadas con atención al paciente geriátrico, y se les mantendrá actualizados sobre las novedades que puedan surgir que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0847

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ASISTENCIA A USUARIOS DE RESIDENCIAS GERIATRICAS

impliquen a pacientes de su competencia

INDICADORES

1. Del total de nuevos institucionalizados en 2017 se valorará cuántos tienen su situación basal anotada en OMI
2. Del total de nuevos institucionalizados en 2017 se valorará cuántos tienen su situación basal anotada en la historia de la residencia

DURACIÓN

Noviembre 2016: tras reunirnos con los responsables de las residencias, nos empezaran a informar de cada nuevo ingreso, que se citará como domicilio programado de medicina y enfermería
Junio 2017: se citará a cada médico un domicilio programado de todos los residentes asignados a su cupo, para que revise si ha habido cambios significativos en situación, revise medicación etc
En septiembre 2017 se evaluarán indicadores

OBSERVACIONES

Se solicitará a Gerencia la implantación de OMI en los ordenadores de que dispone la residencia

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1267

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA.DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE LAURA RIVILLA MARUGAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MALINIS ANA JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han valorado un total de 50 pacientes por la persona formada en dermatoscopia.Estos pacientes eran citados en un hueco específico de la consulta de la responsable del proyecto.
Durante el 2018 esta médico de familia ha ampliado su formación en dermatoscopia mediante curso presencial de 3 días (subvencionado por ella misma)
Además de la vía inicialmente prevista se inició una vía de interconsulta de dudas con dermatología compartiendo archivos digitales vía portal del empleado (previo consentimiento de los pacientes), formato `por el que se han consultado 24 pacientes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 50 pacientes valorados: 28 NO fueron REMITIDOS a otro nivel / 14 fueron remitidos PREFERENTE y 8 fueron remitidos por vía NORMAL
El tiempo medio de espera de los pacientes preferentes fué de 65 días, salvo para las 2 sospechas de melanoma que fueron 11 días (3 días en un caso y 20 en otro)
De las dos sospechas de melanoma, el diagnóstico fué nevus displásico en un caso y el otro no acudió a especializada por cambio de domicilio (paciente desplazado). El resto de diagnósticos de patología preferente remitida fueron: 2 nevus displásicos / 3 nevus azules / 2 carcinomas escamosos / 2 carcinomas basocelulares/ 1 enfermedad Bowen/ 1 pendiente / 1 no acudió

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Si bien es cierto que la valoración de las sospechas de melanoma fué precoz, la espera del resto de patología preferente la consideramos excesiva. Aunque en el momento actual se ha reducido considerablemente ese tiempo de espera, las dos participantes de este proyecto han decidido aunar esfuerzos en un nuevo proyecto que mejore la calidad de las derivaciones a dermatología desde primaria, incidiendo en la remisión precoz de patología melanocítica dudosa y la no remisión de patología meramente estética. Dicho proyecto se realizará a lo largo de 2019
También han observado la utilidad de la vía de compatir imágenes en esta especialidad en concreto, y por ello plantean la instauración de la tele dermatología como un objetivo importante a lograr en el plazo más corto posible.
Este proyecto de mantiene como proyecto de continuidad

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1267 ===== ***

Nº de registro: 1267

Título
MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA. DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
RIVILLA MARUGAN LAURA, GARCIA MALINIS ANA JULIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1267

1. TÍTULO

MEJORA DEL CIRCUITO DE REMISION DE PACIENTES A DERMATOLOGIA.DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

PROBLEMA

En nuestro hospital existe una considerable lista de espera en dermatología. Se propone un sistema de comunicación directo entre Atención primaria y Dermatología de forma que, los pacientes con patologías no demorables, sean valorados por nuestro especialista de referencia en unos plazos máximos de 2 a 8 semanas (según patología), desde que son detectados por el médico de familia

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO PRINCIPAL: Aumentar la precocidad en el diagnóstico de neoplasias cutáneas, estableciendo un circuito de intercomunicación y derivación de pacientes con sospecha de la misma entre AP y Dermatología, disminuyendo así la lista de espera en las primeras visitas a menos de 4 semanas cuando se cumplan criterios de melanoma.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Formar a un médico de familia en dermatoscopia, de forma que adquiriera conocimientos básicos para identificar lesiones melanocíticas y no melanocíticas, y pueda identificar de forma precoz las lesiones cutáneas susceptibles de cáncer cutáneo o atipia
- Fomentar la relación primaria / especializada
- Obtener un modelo extrapolable a otros centros del sector

MÉTODO

Establecimiento de un protocolo con ítems de sospecha de neoplasia maligna cutánea (melanoma y cáncer cutáneo no melanoma), teniendo como base las "Referral Guidelines for suspected cancer, NICE 2011", adaptada a nuestro medio, y realizado conjuntamente entre el Servicio de Dermatología y Atención Primaria
Formación de un profesional del centro de Atención primaria (Dra Rivilla) en el manejo del dermatoscopio y aplicación de este protocolo, con rotación de 5 días en consulta de Dermatología, se valorará necesidad de más
Los médicos del Centro de salud de Sabiñánigo tendrán como profesional de consulta dentro de su equipo al que ha recibido la formación específica, y se creará en al agenda de este profesional un hueco diario para valoración de lesiones dudosas que sean remitidas por otros compañeros
Establecimiento de un circuito de comunicación (vía correo electrónico) para que el médico del centro de salud encargado remita a los pacientes susceptibles a Dermatología y sean valorados en un plazo máximo de 2-8 semanas, obviando el circuito habitual

INDICADORES

Se recogerán a los 4, 8 y 12 meses del inicio del proyecto:

- Número de pacientes remitidos a Dermatología por la vía establecida
- Media de tiempo (días) entre la remisión desde AP y la 1ª visita para los dos tipos de lesiones (sospecha de melanoma y resto)
- Diagnóstico de las patologías remitidas
- A los 4 meses la dermatóloga de referencia de este proyecto (Dra Ana Julia García-Malinis) valorará si la remisión de los pacientes se ajusta a los criterios deseados. También valorará si procede aumentar el tiempo de formación en el servicio

DURACIÓN

Establecimiento del protocolo y definición del circuito: Abril 2017
Formación del profesional responsable: Mayo, Junio 2017
Inicio de la consulta de dermatoscopia y derivación de pacientes: Septiembre 2017
Medida de los indicadores: Enero, Mayo y Septiembre 2018

OBSERVACIONES

En una segunda fase del proyecto a desarrollar en 2018 se procederá a mejorar la formación de los médicos de familia de los centros de salud adscritos al hospital de Jaca en patología dermatológica
Se consensuará un listado de patologías banales no susceptibles a priori de remisión a Dermatología (queratosis seborreicas, fibromas, acrocordones...)
Se formará a los médicos de Atención primaria patologías cuyo tratamiento deba ser iniciado en consulta de Atención Primaria (verrugas víricas, acné leve- moderado, dermatitis seborreicas, molluscum...), de forma que, la consulta de Dermatología pueda tener un contenido más ajustado a patologías específicas

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0597

1. TÍTULO

MI DIETA Y YO

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL PAZ FREIRE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIVILLA MARUGAN LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 10 sesiones de trabajo grupal en pacientes con sobrepeso/obesidad. En las sesiones han participado un profesional de enfermería y uno de medicina de familia. En cada sesión se abordaban distintos aspectos sobre alimentación saludable, se pesaba a los asistentes y se elaboraba entre ellos los menús correspondientes hasta la siguiente sesión, con supervisión de los profesionales. Las sesiones tuvieron lugar los días 15-22-29 Noviembre 20 Diciembre 2017 y 17 Enero, 21 Febrero, 21 Marzo, 18 Abril, 16 Mayo, 13 Junio. En algunas ocasiones los participantes llevaban tareas para casa como elaborar un menú semanal o fotografiar los platos que habían elaborado. Se pasó encuesta de conocimientos previos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La asistencia fue variable entre 3 y 8 usuarios en las distintas sesiones. Disponemos del peso de 7 usuarios (uno sólo acudió a primera sesión). Hemos medido el peso a los 5 meses de inicio (cuando aún estaba activo el proyecto y los usuarios acudían de forma programada a la actividad) INDICADOR 1 y a los 9-12 meses (cuando el proyecto había finalizado y el peso se obtenía cuando el paciente acudía a consulta por otro motivo) INDICADOR 2
INDICADOR 1: A los 5 meses del programa la pérdida media de peso entre los 7 usuarios que permanecieron en el mismo fue del 8.1%
INDICADOR 2: entre los 9 y los 12 meses la pérdida de peso respecto al inicial fue del 5.5%, si bien es cierto que sólo disponemos de este dato de 4 de los 7 usuarios (2 cambiaron de domicilio y otro no volvió a acudir a consulta) Nos habíamos marcado como objetivo la pérdida de un mínimo del 5%, con lo que se ha conseguido el objetivo previsto
Teniendo en cuenta el escaso mantenimiento de la pérdida de peso con las distintas dietas según todos los estudios, creemos que podemos considerar satisfactorio el impacto conseguido. Además de la pérdida en sí de kg, ha sido significativa la mejoría en conocimientos de hábitos de dieta

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La educación grupal es una manera de rentabilizar el tiempo de los profesionales, pudiendo llegar a más población en el mismo tiempo. El componente motivacional del grupo también es destacado, ya que personas que si poseían conocimientos correctos sobre alimentación y no habían conseguido perder peso en otras ocasiones, esta vez lo han conseguido. Sin embargo el mayor logro ha sido que usuarios con muy bajo nivel de conocimiento de hábitos saludables, han mejorado este conocimiento. Creemos que la elaboración supervisada de los menús por parte de los usuarios ha sido motivador para ellos y daba a los profesionales la posibilidad de detectar errores y aclararlos. Es perfectamente asumible la replicabilidad del proyecto y así lo haremos en el futuro

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/597 ===== ***

Nº de registro: 0597

Título
MI DIETA Y YO

Autores:
PAZ FREIRE ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0597

1. TÍTULO

MI DIETA Y YO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Sobrepeso, obesidad y enfermedades asociadas son uno de los principales problemas de salud subsidiarios de intervención en consulta de Atención Primaria. Con frecuencia la intervención realizada es poco efectiva o sólo lo es de forma temporal, sin conseguir un cambio en el patrón de hábitos, los pacientes se ponen "a dieta" pero no "cambian su dieta"

RESULTADOS ESPERADOS

Pretendemos realizar una intervención prolongada en el tiempo con el objetivo de mejorar los hábitos en alimentación, dirigida a personas con sobrepeso/obesidad. La pérdida de peso mantenida en el tiempo será un objetivo secundario

MÉTODO

Se formará un grupo de usuarios, que por iniciativa propia o consejo sanitario, serán convocados de manera grupal y periódica en consulta dirigida por el profesional de medicina y el de enfermería de referencia de manera conjunta

Durante el primer mes del proyecto las citas serán semanales. En estas primeras semanas se abordarán distintos aspectos sobre nutrición, ejercicio físico, distintas causas y consecuencias del exceso de peso, errores habituales, bebidas azucaradas, desayuno, formas de cocinado, principales grupos nutricionales y su presencia en los distintos platos etc.

La 2ª semana los usuarios realizarán su propio diario dietético, que será revisado y puesto en común en la siguiente sesión con la supervisión de los profesionales. Se elaborará de forma consensuada el menú de la siguiente semana.

Después del primer mes las citas serán mensuales y de forma progresiva se irán asignando tareas a los usuarios, de forma que las dietas serán en parte elaboradas por los profesionales, en parte propuestas por los usuarios y revisadas por los profesionales.

En cada visita se abordarán dificultades detectadas, refuerzo del ejercicio físico, pautas para comer fuera de casa etc

Se realizará peso mensual de los usuarios

Se pasarán encuestas sobre conocimientos de nutrición

Los usuarios realizarán fotografías de platos previamente pactados para abordar las raciones "estándar"

INDICADORES

Peso al inicio y a los 6 y 10 meses de inicio del proyecto.

Se valorará si se ha conseguido pérdida de un 5% del peso en al menos el 30% de los usuarios inicialmente captados para la intervención

DURACIÓN

INICIADO: NOVIEMBRE 2017. Citas: 15-22-29 Noviembre

SIGUIENTES CITAS CON PERIODICIDAD MENSUAL:

20 DICIEMBRE / 17 ENERO / 21 MARZO / 18 ABRIL / 16 MAYO / 13 JUNIO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0520

1. TÍTULO

PIES PARA QUE OS QUIERO

Fecha de entrada: 19/12/2017

2. RESPONSABLE PILAR BUIL CALVO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ CARCAVILLA JUANA
PICONTO NOVALES MARIA
LABORDA RODRIGO PILAR
VENTURA MUÑOZ YOLANDA
SENAC BARDAJI MARIA JOSE
ESPORRIN BOSQUE CONCEPCION
BOTAYA ESTAUN ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2016, el EAP se implicó en autoformación de conceptos, exploración y manejo de educación grupal. Se realizaron tres sesiones formativas, realizadas tanto por medicina como por enfermería, revisando conceptos de exploración, unificación de mensajes y registro de actividad. (Fechas de realización 25-10-16, 10-11-16, 11-11-16) Se realizó un documento por parte de enfermería sobre consejos prácticos, que fue revisado por el EAP y que se entrega en cada sesión a los pacientes participantes.

Hemos tenido 4 sesiones con pacientes (fechas 23-11-16, 11-05-17, 15-06-17 y 29-11-17).

Como recursos usados, hemos precisado material visual, material de exploración de pie diabético, sala de juntas en condiciones, y 4 despachos para realizar la exploración

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Uno de los indicadores que esperábamos era el N° pacientes que acuden a la formación/N° total de pacientes convocados, >80%. En las 4 sesiones, en total hemos convocado a 60 pacientes, acudiendo 52 de los convocados, lo que supone un 86%. Además acuden familiares implicados en el cuidado, no estando recogidos en estos resultados. Las encuestas de satisfacción realizadas por los pacientes de manera anónima, todas han dado los resultados más altos/favorables.

Implicación de EAP, en general y principalmente enfermería- Se ha implicado todo el EAP, colaborando de forma unitaria.

Realizada reunión con EAP con fecha 11-10-17 para valorar la satisfacción del EAP y continuidad del proyecto, los resultados son muy favorables, acude todo el personal de enfermería y se decide continuar con el proyecto, además de la buena recepción y dinámica dentro del EAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora valora la importancia del trabajo grupal como una nueva experiencia y método de trabajo, con buenos resultados en este proyecto. Interés en continuar. Nueva manera de adquisición de conocimientos, aprendizaje entre iguales.

La responsabilidad en cada sesión va rotando entre los profesionales, eso permite una mayor implicación y gusta esa dinámica.

Se plantea la posibilidad de contactos mapeando la zona básica de salud para aumentar la difusión y conocimiento de esta actividad.

Actividad no limitada por condiciones sociales, ni edad. Posibilidad de aumentar el tema de autocuidados, no solo al manejo de pies, sino conocimientos de diabetes en general, pero de momento, continuaremos con formación de manejo del pie diabético.

Aspectos pendientes: mejora de las condiciones físicas de la sala donde se realiza el proyecto. Mejora de la accesibilidad física para algunos pacientes (se realiza en 4 planta del centro de salud y es una limitación física en determinados casos)

7. OBSERVACIONES.

Proyecto fácilmente realizable en otros centros de salud, interesante para la formación MIR de Atención Primaria y Enfermería comunitaria.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/520 ===== ***

Nº de registro: 0520

Título
PIES PARA QUE OS QUIERO

Autores:
BUIL CALVO PILAR, RUIZ CARCAVILLA JUANA, PICONTO NOVALES MARIA, LABORDA RODRIGO PILAR, VENTURA MUÑOZ YOLANDA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0520

1. TÍTULO

PIES PARA QUE OS QUIERO

CAMPOS REIG RAMON, SENAC BARDAJI MARIA JOSE, CASTRILLO SALCEDO ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS

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

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

PROBLEMA

La población diabética correspondiente a nuestra ZBS es aproximadamente de 1156 personas, desde nuestras consultas acompañamos, informamos, educamos y tratamos de evitar complicaciones en relación con su enfermedad. Uno de los puntos débiles de los DM son sus pies, objeto de cuidado, seguimiento y valoración por nuestra parte. Trataremos de reforzar la responsabilidad individual del paciente, valorando en conjunto factores psicosociales y mejorando los estilos de vida a través de la información emitida durante este proceso

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la salud y el bienestar de la población diabética.
Adopción de estilos de vida saludables.
Aumentar la información y conocimientos de los pacientes respecto al cuidado de sus pies.
Reforzar los conocimientos adquiridos por parte de los pacientes en la consulta individualizada.
Fomentar la relación, intercambio de conocimientos y aclaración de dudas en un entorno de participación comunitaria.

MÉTODO

Análisis de situación
- Selección de grupo de trabajo
- Revisión de las recomendaciones específicas de nuestro sector.
- Implicación de todo el personal.
- Fomentar la formación interna.
- Sesión formativa en pie Dm para todo el personal
- Trabajo en sesión con los pacientes.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

INDICADORES

Nº pacientes que acuden a la formación/ Nº total de pacientes convocados >80%.
Encuestas de satisfacción

DURACIÓN

Sesión formativa en pie Dm para todo el personal (octubre- 2016)
- Selección de conceptos a transmitir y organización de trabajo (octubre 2016)
- Selección de grupo de pacientes (noviembre 2016)
- Trabajo en sesión con los pacientes, transmisión de conocimientos y exploración clínica). Una sesión con cada grupo. Trabajo en 4 grupos. (diciembre 2016 - marzo 2017).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0586

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE RAMON DE JUAN ASENJO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORDAS LAFARGA OLGA
SENAC BARDAJI MARIA JOSE
JIMENEZ SARRADELL PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Creación agenda específica realizado
Creación base de datos no realizado
Continuar formación en dermatoscopia no realizado
Coordinar derivaciones con dermatología no realizado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº biopsias realizadas 0 / Valoraciones 16
Nº derivaciones dermatología 3 / Valoraciones 16

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Fundamental continuar formación en dermatoscopia y coordinación con el servicio de dermatología .
Necesario la creación de una base de datos para el registro .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/586 ===== ***

Nº de registro: 0586

Título
DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
DE JUAN ASENJO JOSE RAMON, ORDAS LAFARGA OLGA, SENAC BARDAJI MARIA JOSE, JIMENEZ SARRADELL PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El creciente aumento de la demanda asistencial que vivimos en el ámbito sanitario es un hecho conocido por todos los facultativos. Es motivo de continuos debates y revisiones con el objetivo de hallar soluciones para mejorar aspectos de la atención, como la accesibilidad, garantizando la calidad de la práctica clínica diaria con seguridad para el paciente, sin que ello suponga una sobrecarga de trabajo superior a la que ya estamos sometidos.

La creación de consultas monográficas en AP, en concreto en problemas dermatológicos y su resolución a través del uso del dermatoscopio, permite a los profesionales de AP mejorar los niveles de eficacia y eficiencia en la atención a determinada patología dermatológica concreta.

RESULTADOS ESPERADOS
Valoración precoz en Atención Primaria de lesiones dermatológicas.
Remisión a tratamiento quirúrgico, si precisa, a realizar en consulta de cirugía menor de nuestro centro de salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0586

1. TÍTULO

DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Realización de biopsia, según lesión, en atención primaria.
Derivación dirigida según el hallazgo dermatoscópico al servicio de Dermatología.
Fomentar el cuidado, protección solar y vigilancia de la piel por parte de los pacientes

MÉTODO

Respecto a la agenda de la consulta, necesitamos un tiempo de 30 minutos por paciente. Se realizará un día a la semana, con agenda específica para este proceso.

Se realizará el registro de la lesión, con descripción clínica y sintomatológica, se usará el dermatoscopio para valorar la lesión.

Se registrará en una base de datos creada para esta consulta.

INDICADORES

Nº biopsias realizadas/Nº valoraciones.
Nº derivaciones a Derma/Nº valoraciones realizadas.

DURACIÓN

Mayo-junio 2018.
Creación de base de datos.
Creación de agenda específica para el proceso.
Contacto con servicio de Dermatología para reforzar formación, así como circuito de derivaciones de lesiones ya valoradas.
Presentación del proyecto en el EAP

Noviembre
Reevaluación del proceso

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 - 2018/0721

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION DE NIÑOS CON DISLEXIA

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE DIVINA DOSTE LARRULL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARRIPA CADENAS PATROCINIO
JIMENEZ HEREZA JUAN MANUEL
PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA
CANCER MORE PILAR
USIETO GARCIA TERESA
ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

21 de Abril:

Sesión formativa del Dr Cruz Cubells sobre la Experiencia en Lérida de la consulta de detección, con la utilización del Test Prodiscat Pediátrico.

21 de mayo:

Reunión en Educación con los responsables del Departamento de Atención a la Diversidad, para informar del proyecto y la necesidad de colaboración entre Departamentos, sobre todo con los orientadores de los centros.

24 de octubre:

Se establece la incorporación sistemática del test, en la revisión del niño sano de 6 años, y el circuito de derivación de los niños a los orientadores de los colegios públicos. Se acuerda que el circuito de derivación a los colegios concertados será a través de la Asesora Técnica de Atención a la Diversidad.

23 de noviembre:

Reunión con los orientadores de los colegios públicos para aclarar dudas y concretar la fecha de la reunión al final del curso escolar entre representantes de los servicios de pediatría y ellos

30 de Noviembre:

Validación del test Prodiscat Pediátrico. Información a orientadores, pediatras, departamento de diversidad .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. El primer listado, obtenido en abril de 2018 de niños de 0 a 14 años con Episodio P24 activo eran de 315 niños. Tras la adecuación del episodio P24 a los que realmente cumplen criterios y acotar la edad de 6 a 14, son 21 los casos que realmente cumplen criterios de inclusión. Existiendo a partir de este momento una adecuación del 100% de los casos entre diagnóstico y episodio de OMI-AP.
2. De abril a diciembre del 2018 se ha conseguido un aumento en la detección del 30%, muy superior al objetivo marcado, a expensas de niños mayores de 6 años no diagnosticados previamente.
4. Comunicación entre el departamento de Sanidad y Educación al inicio y al final del curso: SI
5. Comunicación entre el Departamento de Sanidad y Educación ante un caso complejo : SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La revisión de la correlación de episodios ha puesto de manifiesto la importancia de hacer un buen registro del diagnóstico en OMI para obtener una extracción de datos que refleje la realidad.
El mantenimiento de este proyecto queda justificado por la necesidad de conseguir una detección precoz a los 6 años y asegurar el seguimiento adecuado en el colegio.
Nos planteamos como nuevos indicadores:
* n° de test realizados a los 6 años/n° total de niños de 6 años. Objetivo entre 90-100%
* el n° de test positivos a los 6 años/ n° test hechos en la revisión del niño sano a los 6 años Objetivo 5%

7. OBSERVACIONES.

Por movilidad de profesionales en los centros, Vanessa Rodríguez Campodarve y M^a Luisa Sancho Rodríguez han participado en el proyecto hasta diciembre de 2018, para que conste en sus certificados. A partir de Enero de 2019 forman parte del proyecto en sustitución de las anteriores Juan Manuel Jimenez Hereza y Pilar Cancer More.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/721 ===== ***

Nº de registro: 0721

Título
MEJORA EN LA DETECCION DE NIÑOS CON DISLEXIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0721

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCIÓN DE NIÑOS CON DISLEXIA

Autores:

DOSTE LARRULL DIVINA, LARRIPA CADENAS PATROCINIO, SANCHO RODRIGUEZ MARIA LUISA, PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA, SEBASTIAN BONEL FLOR, RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESSA, USIETO GARCIA TERESA, ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS

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

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Existe una gran variación en cuanto a los porcentajes de niños y niñas con dislexia, pues algunos estudios señalan entre un 10 y un 20% porque a veces se incluyen a todos los niños/as con retraso lector, independientemente de la causa que los origine. Cuando se aplican criterios más estrictos el porcentaje se suele situar en el 10%. Tenemos que tener en cuenta que el 40% de niños con dislexia presentan TDHA. Y si valoramos el porcentaje en centros de drogadicción, cárceles etc. el porcentaje es superior al 40%.

La disminución drástica que se observa de alumnos con necesidades especiales de aprendizaje, desde 1º de la eso a 2º de bachiller, unido a los datos anteriores evidencia la dificultad de padres, comunidad educativa y sanitaria en la detección temprana del problema y el abandono escolar de estos niños. Esto ha reforzado muchos tópicos sobre la dislexia, basados en conceptos totalmente superados por el conocimiento neurobiológico actual.

Diversas investigaciones han mostrado una mayor frecuencia de cuadros depresivos, de ansiedad y de conducta en el alumnado con trastorno del aprendizaje (sensación de fracaso, no reconocimiento del esfuerzo, sensación de ridículo) Ello genera, en el ámbito sanitario, derivaciones innecesarias y puede llevar a orientaciones diagnósticas erróneas, además de problemas sociales y económicos para la familia.

La introducción de un test de detección validado, Prodiscat Pediátrico, bien en una revisión sistemática, o ante una demanda de sospecha, sirve como actuación para el diagnóstico, ya que uno de los aspectos a tratar es la "historia personal y desarrollo evolutivo", que hace referencia a los datos relativos al embarazo, parto, alimentación, sueño, funcionamiento visual y auditivo, enfermedades, accidentes graves, hospitalizaciones, preferencia manual, desarrollo afectivo etc. Especial atención debemos prestar al desarrollo del lenguaje, ya que frecuentemente se ha asociado dificultades en las capacidades receptivas y expresivas del alumnado con dislexia. El resultado de la valoración del desarrollo psicomotor en las distintas etapas de desarrollo del niño puede servirnos de indicador de alerta e indicador de dislexia.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Asegurar la correlación entre el P24 "trastorno del aprendizaje" con Dislexia, excluyendo "TDHA, déficit de atención P21 o retraso mental P85"
2. Inclusión del Test de manera sistemática en la revisión de los 6 años.
3. Realizar el test a demanda ante la persistencia de síntomas de alerta durante más de 6 meses.
4. Establecer contactos con el Departamento de Educación para facilitar el inicio de las medidas educativas lo antes posible tras el diagnóstico y compartir entre departamentos el seguimiento de los niños con test positivos.

MÉTODO

1. Conocer los niños con el episodio P24 de cada cupo y comprobar su adecuación
2. Establecer comunicación entre departamento de educación y sanidad.
3. Introducción del Test Prodiscat Pediátrico en la revisión de los 6 años.
4. Comprobar el conocimiento por parte de los orientadores de los centros, de los niños con P24 detectados.
5. Transmitir al EAP la herramienta diagnóstica en una sesión clínica.

INDICADORES

1. Correlación del 80% de los episodios P24 con el diagnóstico de dislexia. Fuente OMI-AP Mayo 2018
2. Aumento del 2% en la detección. Diciembre 2018. OMI-AP
3. Aumento del 2% en la detección sobre el 2018. Diciembre 2019 OMI-AP
4. Comunicación entre departamento de sanidad y educación al inicio y final del curso SI/NO. Diciembre 2018.
5. Comunicación accesible entre el departamento de sanidad y educación ante un caso sospechoso SI/NO. Diciembre 2018

DURACIÓN

1. Correlación del 100% de los episodios P24 con el diagnóstico de dislexia. Fuente OMI-AP Mayo 2018
2. Aumento del 2% en la detección. Diciembre 2018. OMI-AP
3. Aumento del 2% en la detección sobre el 2018. Diciembre 2019 OMI-AP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0721

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION DE NIÑOS CON DISLEXIA

- 4. Comunicación entre departamento de sanidad y educación al inicio y final del curso SI/NO. Diciembre 2018.
- 5. Comunicación accesible entre el departamento de sanidad y educación ante un caso complejo SI/NO. 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 - 2018/1221

1. TÍTULO

INTERVENCION COMUNITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: DIVULGACION DEL PROYECTO APETITO COMUN

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ADOLFO LANA O MARTIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUMANAL LACAMBRA CARMEN
LALANA CUENCA JOSE MANUEL
ARTERO GUILLEN BELEN
PLANO VIDOSA MARIA PILAR
ELBOJ SASO MARTA
BERNAD BETORED GLORIA
VELDUQUE BALLARIN ARACELI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Reuniones mensuales del grupo de trabajo multidisciplinar integrado por el equipo de mejora
2. Búsqueda de espacios comunitarios para la presentación del proyecto
Presentación del proyecto en espacios normalizados:
Feria del libro de Barbastro
Feria del libro de Huesca
Mercado Medieval de Asapme
Feria del libro de Monzón
3. Talleres de cocina quincenales
4. Sesiones educativas de habilidades sociales mensuales
5. Crear espacios de encuentro con otros profesionales y pacientes de la red de salud mental:
Convivencia con usuarios Asapme
6. Exposición del proyecto por parte de los pacientes en las Jornadas de Psiquiatría "Arte y salud mental" Hospital San Jorge el 12/12/2018
7. Exposición del proyecto por parte de los pacientes en las Jornadas Aragonesas: La alimentación: trastornos alimenticios versus vida saludable. Hospital San Jorge, 26/02/2019
8. Próxima asistencia y realización de un taller de cocina por parte de los pacientes para el público en general en la V feria de las asociaciones Monzón y Cinca Medio 9 y 10 de marzo de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Escala Virtuales de Satisfacción: ALTO GRADO DE SATISFACCIÓN
Grado de Cumplimento:
· Cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:
100%
Grado de Cumplimento:
· Número de pacientes que comienzan la actividad y número de pacientes que la completan: alto grado de adherencia a la actividad. Se han beneficiado una media de 20 pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido a los grandes logros obtenidos durante estos tres años, podemos decir que la experiencia ha tenido un impacto positivo en las vidas de los pacientes, y qué ha servido para desarrollar las sus habilidades sociales, evitar recaídas y mejorar su calidad de vida.
Reunido el equipo de mejora consideramos muy importante continuar con el proyecto, teniendo en cuenta que el lugar adecuado para el tratamiento debe ser en el entorno social del usuario, pondremos nuestro objetivo en la comunidad, para que la intervención sea normalizadora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1221 ===== ***

Nº de registro: 1221

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1221

1. TÍTULO

INTERVENCION COMUNITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: DIVULGACION DEL PROYECTO APETITO COMUN

INTERVENCION COMUNITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: DIVULGACION DEL PROYECTO APETITO COMUN

Autores:
LANAO MARTIN ADOLFO, FUMANAL LACAMBRA CARMEN, LALANA CUENCA JOSE MANUEL, ARTERO GUILLEN BELEN, PLANO VIDOSA MARIA PILAR, ELBOJ SASO MARTA, VELDUQUE BALLARIN ARACELI

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

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto de mejora surge como necesidad de continuar proyecto de mejora "Creación de un taller de escritura-terapia como actividad terapéutica dentro del programa de rehabilitación de ULE y PSICOGERIATRÍA, desarrollado en este centro desde el año 2015.

Debido a los grandes logros obtenidos durante estos tres años, podemos decir que la experiencia ha tenido un impacto positivo en las vidas de los pacientes, y qué ha servido para desarrollar las sus habilidades sociales, evitar recaídas y mejorar su calidad de vida.

Reunido el equipo de mejora consideramos muy importante continuar con el proyecto, teniendo en cuenta que el lugar adecuado para el tratamiento debe ser en el entorno social del usuario, pondremos nuestro objetivo el la comunidad, para que la intervención sea normalizadora.

La integración en la comunidad de una persona con una enfermedad mental supone uno de los mejores respaldos para su buena evolución clínica, impulsando la recuperación de su proyecto vital y la integración social, evitando así las consecuencias del estigma; rechazo, marginación y exclusión social.

La herramienta utilizada para este fin será la divulgación del libro de cocina *Apetito Común* escrito por los pacientes del CRP. Se programarán diferentes actividades e intervenciones comunitarias que permitan hacernos visibles exportando nuestro trabajo a la sociedad.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo general:

Articular intervenciones comunitarias con pacientes con TMG, a través de la divulgación del proyecto *Apetito Común*, trabajando la integración en la comunidad y la erradicación del estigma y la discriminación social.

Objetivos específicos:

Posibilitar el descubrimiento de estas prácticas como recurso rehabilitador
Participación activa de la comunidad
Asegurar el derecho de ciudadanía.
Transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios
Generar habilidades de adaptación para responder a las demandas de la vida comunitaria, que deben ser aprendidas "in situ"
Lograr el reconocimiento social, familiar y del entorno.
Aprender habilidades sociales
Contribuir al desarrollo de la sensibilización social con relación al colectivo

MÉTODO

1. Reuniones mensuales del grupo de trabajo multidisciplinar integrado por el equipo del CRP. Si se considera preciso, creación de subgrupos de trabajo para trabajar aspectos concretos
2. Búsqueda de espacios comunitarios para la presentación del proyecto
Presentación del proyecto en espacios normalizados:
Feria del libro de Barbastro
Feria del libro de Huesca
Mercado Medieval de Asapme
Presentación en la librería Cálamo en Zaragoza
3. Contactar con diversos recursos de la ciudadanía: otros profesionales del mundo de la literatura, cocineros..
4. Búsqueda del apoyo de otros organismos vinculados a los servicios de Salud Mental.
5. Sesiones educativas de habilidades sociales
6. Crear espacios de encuentro con otros profesionales y pacientes de la red de salud mental

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1221

1. TÍTULO

INTERVENCION COMUNITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: DIVULGACION DEL PROYECTO APETITO COMUN

INDICADORES

1. Grado de Cumplimento:

Cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:

Nº de reuniones de trabajo realizadas/ Nº de reuniones previstas x 100

Número de pacientes que comienzan la actividad y número de pacientes que la completan.

2. Escala Virtuales de Satisfacción (por parte de los usuarios)al inicio y al término del proyecto.

DURACIÓN

El proyecto se realizará entre el año 2018, el cronograma se divide en varias fases con distintas actividades.

1ª FASE DE ENERO A JUNIO DE 2018:

1. Evaluación previa de las expectativas de los pacientes: escala de satisfacción

2. Reunión quincenal de 1h de duración del grupo de pacientes apoyado para marcar los objetivos, planificar la tarea

3. Búsqueda de espacios normalizados para la presentación del proyecto y realización de los trámites burocráticos.

4. Talleres prácticos de habilidades sociales.

5. Reunión mensual de los profesionales que componen el proyecto de mejora

6. Dos sesiones de encuentro y convivencia con profesionales/usuarios de la red de salud mental

7. Inicio de la presentación de proyecto en espacios comunitarios (feria del libro...)

2ª FASE DE DE 2018:

1. Reunión quincenal 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea.

2. Talleres prácticos de habilidades sociales, entrenamiento "in situ"

3. Continuación de la presentación del proyecto por parte de los usuarios en espacios comunitarios (mercado medieval, librería Zaragoza..)

4. Dos sesiones de encuentro y convivencia con profesionales/usuarios de la red de salud mental

5. Evaluación de la tarea y cumplimiento de objetivos en diciembre 2018 por parte del responsables del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Fecha de entrada: 26/12/2017

2. RESPONSABLE ZULEMA PINILLOS HERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORDAS LAFARGA OLGA
JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA
DOSTE LARRULL DIVINA
USIETO GRACIA TERESA
ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE
CAJAL MARZAL ADOLFO
ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Organización:

-Análisis de la situación: revisión BOA 24/06/2015. Instrucciones relativas a organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en centros no docentes.
-Formación del equipo multidisciplinar formado por pediatras, enfermeras de pediatría, médicos de familia, trabajador social en Marzo 2017.
-Selección de centros escolares en Mayo 2017. Responsables: Zulema Pinillos, Maite Jiménez, Olga Ordás.
-Envío de cartas a la dirección de cada centro al final del curso escolar informando del proyecto. Junio 2017. Responsable Zulema Pinillos.
-Llamada telefónica a los directores de los centros para toma de contacto, explicar proyecto y acordar reunión para concretar intervención. Septiembre 2017. Responsable Zulema Pinillos.
-Reuniones con dirección de centros escolares: Octubre 2017. Responsable Zulema Pinillos y Olga Ordás.

Comunicación:

-Información sobre la evolución de proyecto al resto de los profesionales del centro de salud en las distintas reuniones de equipo realizadas a lo largo del año. Responsable Adolfo Cajal.
- Se realiza curso como evaluar proyectos de comunitaria en Octubre 2017 donde se comparte con otros compañeros del sector. Responsables: Olga Ordás y Zulema Pinillos
-Se da a conocer el proyecto al Grupo de trabajo de Pediatría comunitaria de Arapap (Asociación Aragonesa de Pediatría de Atención Primaria) y se presenta en las XIII Jornadas Aragonesas de Pediatría de Atención Primaria el 27 de Octubre dentro de la mesa redonda "Actividades comunitarias: otra manera de hacer pediatría". Octubre 2017. Responsable Maite Jiménez.

Intervención:

-Reuniones con los equipos directivos de los centros docentes para valorar necesidades formativas, concretar los temas a tratar y fijar la fecha de las sesiones.
Las reuniones con los equipos directivos de los centros que han querido participar en el Proyecto se realizaron:

.CEIP El Parque: 5 de Octubre de 2017. Responsable Olga Ordás y Zulema Pinillos
.CEIP Pedro J. Rubio: 3 de Noviembre de 2017. Responsable Zulema Pinillos.

-Sesiones formativas a los docentes .Se desplaza personal del Centro de Salud a los colegios. Se realizan tres sesiones:

-CEIP El Parque: Se realiza el 18 de Octubre y se abordan los temas de anafilaxia, convulsiones, heridas y traumatismos y espasmos del sollozo. (Adolfo Cajal, Zulema Pinillos, Olga Ordás, Guadalupe Ordoñez)
-CEIP Pedro J. Rubio: Se realiza el 15 de Noviembre y se abordan los temas de anafilaxia, convulsiones, heridas y traumatismos y atragantamientos. (Adolfo Cajal, Zulema Pinillos, Teresa Usieto, MIR familia)
-CEIP El Parque: Apoyo psicosocial inmediato en situaciones de urgencia-emergencia (Angel Luis Arricivita Amo)

Evaluación:

La evaluación de las intervenciones se realiza mediante:

-Encuestas de satisfacción anónimas dirigidas a los docentes en las que se puntúa del 1 al 5 (siendo 5 la mejor puntuación) la duración de las sesiones, el material didáctico utilizado, a los ponentes, expresión y conocimiento del tema, conocimientos adquiridos, utilidad y si recomendarían la sesión a otros compañeros. Además, se incluye en las encuestas un apartado de sugerencias para que los docentes puedan expresar libremente su percepción sobre las sesiones y propuestas de mejora.
-Observador externo: valora la asistencia, la interacción entre el claustro de profesores y el personal sanitario, la aceptación y valoración de los dispositivos que se llevaron para que pudieran manipular y probar y el material utilizado en las sesiones y que se dejó en los centros. Responsable: Angel Luis Arrecivita, MIR familia en CEIP el Parque y Olga Ordas en CEIP Pedro J. Rubio.

Materiales utilizados:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

-Las sesiones fueron elaboradas a partir del material de la Guía para Centros Docentes de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).
<https://www.aepap.org/grupos/grupo-de-educacion-para-la-salud/biblioteca/guia-aepap-para-centros-docentes>
-En la sesión de actuación frente a las convulsiones se incluyeron vídeos de la Asociación Aragonesa de Epilepsia y se les facilitó el enlace a web de consulta (vivirconeepilepsia.es)
-Se llevó a los centros dispositivos que pueden ser necesarios en situaciones de emergencia en niños con enfermedades crónicas para que los pudieran manipular y probar como diacepam rectal en epilépticos y adrenalina en casos de anafilaxia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS. Valor Indicadores:

1. N° reuniones de grupo: Se han realizado a lo largo del año varias reuniones entre los componentes del grupo, aunque no de forma protocolizada. Se plantea para el próximo año realizar reuniones de forma más establecida en la que participen todos los componentes.
2. N° de sesiones formativas dadas a los docentes. Contenido.
Sesión formativa en CEIP El Parque: Convulsiones, Anafilaxia y alergias, heridas y traumatismos, espasmos de sollozo y desvanecimientos.
Sesión formativa aspectos psicosociales en situaciones de urgencia-emergencia en CEIP El Parque
Sesión formativa en CEIP Pedro J Rubio: Convulsiones, anafilaxia y Alergias, heridas y traumatismos y atragantamientos.
3. N° Docentes que participan en la formación/N° total de docentes:
- CEIP El parque 15/30= 50%
- CEIP Pedro J rubio: 35/37: =94,59%
4. N° centros educativos públicos en que se impone formación/N° total CEIP zona básica se salud: 100%
5. N° CEIP en los que se contacta /N° CEIP en los que se realiza formación: 50%

Grado de consecución de los objetivos del proyecto:

En las reuniones concertadas con los equipos directivos previas a las sesiones formativas se exploran las necesidades sobre la forma de actuar ante las distintas situaciones sanitarias que pueden surgir en los colegios y se adaptan los temas a tratar a las sugerencias y necesidades percibidas por cada centro de acuerdo con el objetivo general del proyecto.

En ambos centros se realizaron sesiones también durante el año 2016 y se completa la formación ante situaciones de urgencias frecuentes, forma de actuación en niños con patologías crónicas, se resuelven dudas, se recuerdan los cauces correctos a la hora de ponerse en contacto con los servicios sanitarios, se da conocer material sanitario que puede ser necesario en situaciones de urgencia para que puedan manipularlo, probarlo y comprobar de forma supervisada su uso correcto y se dan conocer recursos disponibles y accesibles para poder ser utilizados en cualquier momento.

Se ha contactado con todos los colegios públicos de la zona y con 2 concertados.
Con una participación de momento del 100% de los centros públicos y con una participación una elevada asistencia de docentes a las sesiones.

Descripción de resultados alcanzados:

- Observador externo:
 - Valora como positivo:
 - . Percibe en ambos centros buen ambiente e interés del personal docente
 - por las presentaciones .Continúan las explicaciones y toman apuntes.
 - .Buena recepción del material de consulta dejado en los ordenadores los centros, la guía de para centros docentes de AEPap y enlace a web de consulta sobre epilepsia.
 - .Buena aceptación de los dispositivos (adrenalina, diacepam rectal) que se llevan desde el centro para que puedan manipular y tocar.
 - .Buena interacción entre el personal docente y sanitario. Preguntan dudas sobre la forma de administración de la medicación, expresan situaciones que les generan temor y manifiestan su agrado hacia temas como heridas y traumatismos por su gran aplicabilidad diaria.
 - .El personal docente hace nuevas propuestas para futuras sesiones.
 - Puntos de mejora percibidos por el observador:
 - .En uno de los centros se produjo un retraso en el inicio de la sesión por falta de puntualidad de parte de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

los docentes y tres de ellos abandonaron la sala sin que hubiera finalizado y sin rellenar las encuestas de satisfacción.

.Escaso tiempo para abordar algunos de los temas propuestos. Percibe que sería necesario reducir el número de temas por sesión y limitar la duración a una hora para evitar sobrecarga de información a los docentes.

.Falta de tiempo para formular dudas. Sería necesario fomentar el espacio de dudas y preguntas.

- Encuestas de satisfacción:

-Se recogieron un total de 12 encuestas en el CEIP El parque y 37 en CEIP Pedro J. Rubio.

-Resultados obtenidos en los parámetros evaluados:

CEIP El parque:

-Duración de las sesiones: 5

-Material didáctico utilizado: 4,5

-Ponentes. Expresión y conocimiento sobre el tema: 4,5

-Conocimientos adquiridos: 5

-Utilidad: 5

-¿Recomendarías la sesión a otros compañeros?: 5

CEIP Pedro J Rubio:

-Duración de las sesiones: 4

-Material didáctico utilizado: 4

-Ponentes. y conocimiento sobre el tema: 4

-Conocimientos adquiridos: 4

-Utilidad: 4

-¿Recomendarías la sesión a otros compañeros?: 4,5

- Sugerencias aportadas por los docentes:

-Cambio de horario de las sesiones dentro de su horario docente.

-Aumentar el tiempo para poder formular dudas y preguntas.

-Falta de tiempo para abordar algunos temas y excesiva información en otros.

-Propuesta de nuevos temas para futuras sesiones.

- Los datos recogidos aportan una información muy valiosa para continuar con el proyecto, conocer la percepción de los docentes, identificar áreas de mejora y detectar los aspectos que mejor valoración reciben para potenciarlos.

En general se ha percibido una buena acogida de la iniciativa en los colegios. Las encuestas de satisfacción han permitido valorar a través de las altas puntuaciones alcanzadas que los docentes manifiestan haber aumentado los conocimientos que tenían previamente sobre el tema y que consideran útil la formación recibida.

Valoran de forma muy positiva el material que se deja en los centros para poder acceder a él si lo necesitan en algún otro momento. El proyecto ha permitido darles a conocer recursos que desconocían como la Guía para centros docentes de la AEPap, webs de consulta y las vías correctas de solicitar ayuda sanitaria. También valoran positivamente los dispositivos que se llevaron para probar y que pueden ser necesarios utilizar en situaciones de emergencias previsible en niños con enfermedades crónicas conocidas. Manifiestan que enfrentarse a estas situaciones les produce angustia y temor y el hecho de poder practicar con los dispositivos les da mayor tranquilidad y mejora sus habilidades a la hora de mejorar la atención inicial de estos niños en caso de emergencias.

La sugerencia de nuevos temas a tratar en otras sesiones nos muestra su interés por dar continuidad al proyecto y ampliar su formación.

Desde el grupo de colaboradores incluidos en el proyecto del centro de Salud se percibe como una experiencia positiva de oportunidad de acercamiento a los colegios, que ha permitido que nos conozcan y abrir vías de comunicación para trabajar de forma conjunta en la mejora de la calidad de la asistencia y bienestar de los niños con los que ambos colectivos trabajamos.

Especificación de la información recogida para la evaluación. Metodología e indicadores:

Para realizar la evaluación, se han recogido las impresiones aportadas por el observador externo, las de los propios profesionales sanitarios que dieron las sesiones, las puntuaciones obtenidas en los distintos apartados de las encuestas de satisfacción y las sugerencias aportadas por los docentes.

La valoración por parte del profesorado ha sido muy positiva en general, lo que se refleja en las altas puntuaciones en las encuestas de satisfacción. El apartado de sugerencias resulta muy útil para poder valorar las líneas de mejora que se centran sobre todo en la escasez de tiempo y el horario. También permite valorar lo que ellos han percibido de forma más positiva. La mayoría de ellos recomendarían las sesiones a otros compañeros. El observador externo también ha valorado en general de forma positiva las sesiones. Sus percepciones coinciden en gran manera con las valoraciones y sugerencias de los docentes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

La valoración de los profesionales sanitarios también es positiva sobre todo en lo referente al interés mostrado por el profesorado por la información, recursos y materiales utilizados. Perciben también la falta de tiempo y las prisas de algunos docentes por finalizar por temas de horario.....

Comparación de los cambios entre la situación previa y final.

En los centros escolares pueden surgir situaciones de urgencias y emergencias, previsibles o no, que pueden requerir una actuación inicial por parte del docente. Esta atención inicial puede ser de gran ayuda hasta que el menor puedan recibir asistencia médica.

Las instrucciones que regulan la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón reflejan la conveniencia de programar cada año alguna sesión de formación y asesoramiento del profesorado.

La puesta en marcha de este proyecto ha permitido iniciar este proceso en los centros escolares de nuestra zona de salud que hasta este momento no disponían de otra vía de formación en este sentido. Se han adaptado las sesiones a sus necesidades atendiendo a las situaciones de urgencias más frecuentes y en función de situaciones concretas de niños que asisten a sus centros. También, han recibido recursos que desconocían para poder acceder a esta información de forma continua.

Grado de implicación y participación de los destinatarios y participantes:

-Se oferta el proyecto a todos los colegios que pertenecen a la zona básica de Salud del centro Santo Grial a la que corresponden dos centros públicos (CEIP El Parque y Pedro J.Rubio) y dos concertados (San Viator y Salesianos).

De momento, han participado los dos los centros públicos y uno de los centros concertados ha mostrado interés en concertar una reunión a principios del próximo año.

-Se realizan las sesiones en los centros con una participación de los docentes de:

.CEIP El Parque: asistencia de 15 docentes de un claustro de 30 (50%)

.CEIP Pedro J.Rubio: asistencia de 35 docentes de un claustro de 37 (94,59%)

-Colaboran en evaluación del proyecto a través de las encuestas de satisfacción el 80% de los asistentes del CEIP El Parque y el 100% de los asistentes del CEIP P.J.Rubio.

Valoración de los objetivos y aspectos no alcanzados:

-Se ha objetivado un descenso en la asistencia de profesorado en uno de los centros respecto al año anterior. Según los datos recogidos por el observador externo y las sugerencias de los docentes parece que ha podido ser motivado por el horario elegido desde el equipo directivo del centro para realizar la sesión. Sugieren la formación sea realizada dentro de su horario docente.

-Es complicado evaluar de forma objetiva la mejora del grado de conocimiento adquirido por los docentes sin haber realizado algún cuestionario previo a la formación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Recomendaciones para asegurar el afrontamiento de dificultades y flexibilidad del proyecto:

-De acuerdo a lo reflejado en el apartado de sugerencias dirigido a los docentes, en muchos de los casos coinciden en reflejar que hay poco tiempo para poder formular dudas y preguntas y que al dar varias sesiones juntas es mucha información para la duración conjunta de las charlas.

Sería necesario limitar el número de temas a tratar por sesión para fomentar una mayor interacción entre el claustro y el personal sanitario a través de resolución de dudas, exposición de situaciones reales vividas en los centros, etc.

-El horario en la que se realizaron las sesiones fué propuesto por los equipos directivos de los colegios y el personal sanitario que se desplazó a los centros se adaptó a la propuesta. A pesar de esto, algunos profesores sugieren que las sesiones deberían realizarse dentro de su horario docente.

Pensamos que esta ha podido ser la causa de ausencias, de retrasos de asistencia sobre el horario previsto y de que algunos de ellos se marcharan antes de terminar las charlas ; por lo que de cara a próximas sesiones, estaría bien intentar concertar con los equipos directivos el horario que mejor se pudiera adaptar a los docentes.

Medidas para facilitar la sostenibilidad de las actuaciones. Posibilidades de extensión y de replicabilidad de las iniciativas en otros centros:

-El proyecto ha abierto una vía de comunicación y de contacto desde el centro de salud con los centros escolares. Dado que contamos con la ventaja de trabajar con la misma población y tras la valoración positiva de la actividad por los docentes, es probable que puedan surgir otras actividades en las que el personal docente y el sanitario podamos trabajar de forma conjunta en beneficio de la población infantil con la que trabajamos.

-El proyecto de momento se ha puesto en marcha en dos de los centros escolares de la zona de salud que han mostrado interés en participar. Se va a seguir con el proyecto en estos centros. Se han concertado nuevas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

sesiones con otros temas sanitarios.

Se ha mantenido la comunicación con otro de los centros que ha manifestado querer iniciar el proyecto más adelante y con el otro centro, también se ha contactado en distintas ocasiones vía telefónica. Conocen el proyecto, la disponibilidad de nuestro equipo y forma de contactar en caso de querer participar.

-Es un proyecto que precisa escaso consumo de recursos materiales y que por sus características es fácilmente reproducible desde cualquier otro centro de salud .

Se ha dado a conocer desde el Grupo de Pediatría Comunitaria y en las Jornadas de Arapap mostrando varios pediatras interés en poder poner en marcha proyectos similares de colaboración con los colegios desde sus equipos de Atención Primaria.

- Cambiar el formato de las sesiones para intentar posibilitar una mayor interacción e intercambio dinámico de información entre los docentes y el personal sanitario. Limitar la duración de las sesiones a una hora y el número de temas tratados por sesión, evitando la sobrecarga de información y dejando mayor espacio para dudas, exponer situaciones reales y practicar con los dispositivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/173 ===== ***

Nº de registro: 0173

Título
ACERCANDONOS A LA ESCUELA

Autores:
PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA, ORDAS LAFARGA OLGA, DOSTE LARRULL DIVINA, JIMENEZ FERNANDEZ MARIA TERESA, USIETO GRACIA TERESA, ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE, CAJAL MARZAL ADOLFO, ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

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

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

PROBLEMA
Desde el EAP Santo Grial, con el objetivo de fomentar la participación comunitaria, y buscando el mejorar la promoción de la salud, surge la idea de ayudar e informar a los profesionales docentes en lo referente a la atención sanitaria, a través de formación específica y conociendo la población sobre la que trabajan, coincidiendo con la población pediátrica que nosotros tenemos asignada.

Trataríamos de aclarar conceptos básicos sanitarios en actuaciones, ayudarles a resolver sus dudas y despejar miedos antes situaciones complicadas, además de recordar los cauces correctos a la hora de pedir ayuda o ponerse en contacto con los servicios sanitarios.

Un porcentaje de niños escolarizados tienen enfermedades crónicas que en un momento pueden requerir tomar una decisión por parte del docente, además de situaciones urgentes que pueden surgir en un momento dado y en cualquier niño.

RESULTADOS ESPERADOS
Aportar información sanitaria concreta y veraz para facilitar la labor y forma de actuación de los docentes ante situaciones sanitarias que se suceden en las escuelas

MÉTODO
- Análisis de situación. RevisiónBOA 24/06/2015- Instrucciones relativas a la organización y funcionamiento de la atención sanitaria no titulada en centros docentes.
- Selección de grupo de trabajo
- Selección temas a tratar: Hipoglucemias, golpes y contusiones, curas de heridas, crisis epilépticas, conocimientos básicos de Adrenalina "Kit antialérgicos", atragantamiento, RCP básica. Apoyo psicosocial

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0173

1. TÍTULO

ACERCANDONOS A LA ESCUELA

inmediato en situaciones de urgencia-emergencia.

INDICADORES

Nº docentes que participan en la formación/ Nº total docentes >50%

Nº centros educativos publicos en que se imparte formación/ Nº total CEIP de ZBS > 50%

DURACIÓN

Presentación al equipo directivo de los CEIP mediante carta como toma de contacto: junio 2016

Encuentro con dirección de CEIP, valorando y escuchando sus sugerencias, así como presentarles nuestro abordaje de situaciones: septiembre 2016

Reunión con todo el claustro docente, sesión de formación: octubre - noviembre 2016

Encuesta de satisfacción de la actividad: noviembre 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0743

1. TÍTULO

TALLERES DE SALUD COMUNITARIA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA TERESA PARELED CAMPOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SARIÑENA
· Localidad SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GAZOL PERIZ YOLANDA
FELIPE VILLA BEATRIZ
LOPEZ TORRES ANA
BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA
GABAS LARRUY MARIA ISABEL
PRIETO BONSON ROSA
NARRO EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades propuestas inicialmente y programadas dieron un pequeño giro en el mes de abril de 2018 cuando se nos propuso el AGC 2018. Realmente, toda nuestra actividad que iba dirigida hacia la participación activa en una feria agrícola y ganadera, para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se dirigió hacia la elaboración de los recursos sociales para la creación de activos y la colaboración escolar

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El 9 de octubre se realiza una reunión de asociaciones y entidades de la zona con la representación de 27 entidades. A partir de aquí se elabora una base de datos con los mismos
- El 25 de octubre nos reunimos con los Servicios Sociales de la Comarca de los Monegros para poner en marcha el programa PPAP y con dos colegios (La Laguna de Sariñena y CRA Monegros Norte) pertenecientes a los colegios promotores de salud
- Se participa en las actividades ya iniciadas en estos colegios con los programas: "Taller de cocina" y "Aprendo a comer"
- Se programan para el 2019 tres campañas de salud. Para la difusión de las mismas se contará con los agentes de salud presentes en la base de datos, así como con los medios de comunicación locales.
- Se propone crear la Agenda Comunitaria

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Uno de los objetivos principales de este proyecto ha sido contactar con la población y tratar de sacar la salud a la calle. Creemos que esto se está logrando y es por ello por lo que nuestro siguiente paso es la creación de una Agenda Comunitaria para el seguimiento y evaluación de las distintas participaciones sobre y con la población

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/743 ===== ***

Nº de registro: 0743

Título
TALLERES DE SALUD COMUNITARIA

Autores:
PARELED CAMPOS MARIA TERESA, GAZOL PERIZ YOLANDA, FELIPE VILLA BEATRIZ, LOPEZ TORRES ANA, BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA, PRIETO BONSON ROSA, ABADIAS PEÑA MARINA, VERA BELLA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0743

1. TÍTULO

TALLERES DE SALUD COMUNITARIA

PROBLEMA

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, junto con las CCAA y sociedades científicas, ha elaborado la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Fue aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS el 18 de diciembre de 2013, con el objetivo de conseguir ganar años de vida en buena salud y libres de discapacidad y se desarrolla en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y tiene su vigencia hasta 2020.

El ámbito local es un lugar idóneo para mejorar la salud de la población, trabajando conjuntamente entre sectores y contando con la participación de la ciudadanía.

La estrategia elaborada para la implementación local supone la puesta en marcha y desarrollo de dos acciones clave que deben ir precedidas de la Adhesión del municipio a la Estrategia y que son:

Constitución de una mesa de coordinación intersectorial en el municipio.

Identificación de recursos para la promoción de la salud y la prevención en el municipio (mapeo de recursos)

Este proyecto está enfocado a abordar la segunda acción: identificación de recursos para la promoción de la salud y la prevención en los municipios pertenecientes a la Zona básica de salud de Sariñena (Sector I Huesca) y la participación en ellos.

RESULTADOS ESPERADOS

Informar a la población sobre la importancia del ejercicio físico y deporte para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

Informar a la población de los recursos locales para el desarrollo de la actividad física

Interactuar con asociaciones, instituciones y empresas locales para fomentar la prevención de la enfermedad y promoción de la salud

Dar a conocer a la población la importancia de la salud como bien comunitario.

Analizar la percepción del estado de salud de la población

MÉTODO

Elaboración de un documento "Queda con tu salud" en el que figuren los distintos recursos físicos para la práctica del ejercicio físico y el deporte en la ZBS.

Elaboración de dos postérs:

1. Recursos de asociaciones

2. Recursos físicos

Presentación de dicho documento en el entorno de FEMOGA 18 (Feria agrícola y ganadera de Monegros) aprovechando la captación, influencia y afluencia que esta feria tiene sobre la población de la zona.

Desarrollo de una jornada de salud encuadrada en la programación de dicha feria y basada en la oferta de actividades físicas para el curso 2018/19 por parte de asociaciones, clubes deportivos e instituciones privadas y públicas

Realizar el Cuestionario de salud SF12 a los participantes en dicha jornada

INDICADORES

1. N° de entidades (asociaciones, clubes, instituciones,...) que participan en la actividad

2. N° de personas que participan en la jornada de salud de la FEMOGA 18

3. N° de Cuestionarios SF12 realizados en dicha actividad

DURACIÓN

Mayo 18:

Elaborar las cartas informativas a los ayuntamientos y comarca para recoger la información de las posibles entidades colaboradoras

Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Yolanda Gazol Pérez

Elaborar las cartas para solicitar la colaboración de las entidades.

Responsables: Ana López Torres y Eduardo Narro

Junio 18:

Recogida de información y respuesta de los entes colaboradores

Responsables: Maribel Gabas Larruy y Ana López Torres

Propuesta de actividad a FEMOGA 18

Responsables: M. Teresa Paraled Campos y M. Victoria Burgos

Julio 18:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0743

1. TÍTULO

TALLERES DE SALUD COMUNITARIA

Elaboración de documento "Queda con tu salud"
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Rosa Prieto
Elaboración de pósters
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Eduardo Narro

Reunión con las distintas entidades para organizar la jornada de salud
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Beatriz Felipe

Presentación del del documento "Queda con tu salud" en el marco de actividades de FEMOGA 18
Responsables: M. Teresa Paraled Campos Y Marina Abadías

Desarrollo de la jornada de salud en el marco de actividades de FEMOGA 18
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Marina Abadías

Noviembre 18:

Evaluación de resultados
Responsables: M. Teresa Paraled Campos

Presentación de resultados
Responsables: M. Teresa Paraled Campo

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 - 2018/0817

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE YOLANDA GAZOL PERIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SARIÑENA
· Localidad SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PRIETO BONSON ROSA
ULLOD BORRUEL MARIA JESUS
BORNAO CASAS SARA
LOPEZ TORRES ANA
GABAS LARRUY MARIA ISABEL
FELIPE VILLA BEATRIZ
ALCUBIERRE OTO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mayo 18:

Crear el grupo de trabajo y programar reuniones semanales o quincenales con una línea de trabajo concreta
Sesión clínica "Registro y realización del Zarit en OMI"
Sesión clínica: "Registro de la revisión y valoración de riesgo del pie diabético en OMI"
Revisión de las plantillas del RIF

Junio 18:

Sesión clínica: "Detección e intervención tabáquica y su registro en OMI"

Julio 18:

En dos reuniones del equipo de DUEs, puesta en común de la programación y gestión de las consultas de cada uno de los profesionales y organización de las horas de EAC.

Octubre 18:

Puesta en marcha de las horas de apoyo de EAC

Noviembre 18:

Hacer seguimiento del proyecto de la gestión de la consulta de FST
Hacer seguimiento de los proyectos comunitarios
Enviar a gerencia de atención primaria el RIF.

Diciembre 18:

Evaluación de los indicadores

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tasa de registro de Zarit alcanzada: 94%.
Tasa de registro de Pie diabético alcanzada: 71%.
Tasa de registro de intervención del tabaco alcanzada: 73%.
Se han cumplido los objetivos del Proyecto de calidad: "Gestión de la consulta de fisioterapia del centro de salud de Sariñena"
Se han cumplido los objetivos del proyecto de salud comunitaria: "Quedas por tu salud"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo está trabajando hacia unos objetivos comunes con una mejora de la formación en el registro OMI de indicadores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/817 ===== ***

Nº de registro: 0817

Título

MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

Autores:

GAZOL PERIZ YOLANDA, BORNAO CASAS SARA, LOPEZ TORRES ANA, ULLOD BORRUEL MARIA JESUS, FELIPE VILLA BEATRIZ, GABAS LARRUY MARIA ISABEL, ALCUBIERRE OTO ANA, LAFONTANA GRACIA VANESSA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0817

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRÓNICO
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El pasado 11 de Abril del presente año 2018, se presenta el Acuerdo de Gestión Clínica al EAP haciendo una valoración de los resultados conseguidos hasta el momento. En esta valoración, entre otras conclusiones, se objetiva una baja prevalencia de EPOC, baja detección e intervención en tabaquismo, un mal registro en cuadro de mandos de DM con una mala valoración del pie diabético. Puesto esto en común, y después de un intercambio de impresiones, se analiza la situación, teniendo en cuenta la condición socioeconómica de la ZBS y se buscan causas que lleven a estos resultados. Una de ellas es el mal registro por lo que se decide su abordaje.

En la revisión hecha por la dirección el 5 de mayo, se objetiva que: "Los resultados reflejados en el cuadro de mandos de diabetes no concuerdan con la atención que los profesionales prestan a sus pacientes. Todos estamos de acuerdo en que es un problema en el registro, no en el cuidado y la asistencia dada. Se intentará mejorar el mismo"

El 2 de Mayo, en reunión de la dirección de enfermería de AP con el equipo de DUEs del Centro de Salud, se propone reforzar la plantilla con una EAC, actualmente hay dos EACs, y tratar de apoyar los proyectos de calidad dirigidos a la mejora de los resultados del AGC.

El 4 de mayo, reunido el equipo de enfermería, acepta la propuesta de dirección y se proponen los siguientes puntos de mejora:

Mejorar los registros de:

Zarit
Pie diabético
Detección de tabaco
Mejora del circuito de derivación a fisioterapia y protocolo de gestión de la consulta
Conseguir que exista un núcleo promotor de actividades comunitarias en el equipo.

El 9 de Mayo se presenta la propuesta al resto del EAP y se decide hacer un grupo de trabajo para el desarrollo de este proyecto de calidad con objetivos concretos pero acciones abiertas y amplias.

RESULTADOS ESPERADOS

Alcanzar una tasa de registro de Zarit de: 70%

Alcanzar una tasa de registro de Pie diabético de: 60%

Alcanzar una tasa de intervención del tabaco de: 60%

Cumplir con los objetivos propuestos en el Proyecto de calidad: Gestión de la consulta de fisioterapia del centro de salud de Sariñena"

Cumplir con los objetivos de los proyectos de salud comunitaria: "Talleres de educación comunitaria" y "Quedas por tu salud"

MÉTODO

1. Crear un grupo de trabajo para el seguimiento de este proyecto

Responsable: Yolanda Gazol Pérez (DUE)

2. Realizar sesiones clínicas cuyo objetivo serán el buen registro de los parámetros en OMI de:

Realización del Zarit
Buen registro de la revisión y riesgo del pie diabético
Detección e intervención sobre el tabaquismo

Responsable: Sara Bornao Casas (DUE)

3. Ejecutar la revisión de los registros actuales de los indicadores clínicos

Responsable: M. Jesús Ullod Borrueal (DUE)

4. Organizar el trabajo y distribuir tareas, contando con el apoyo de una EAC, con la actualización del RIF y agendas de OMI

Responsable: Yolanda Gazol Pérez

INDICADORES

Pacientes diabéticos en los que figura valoración del pie diabético de riesgo (%).

Personas = 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco (%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0817

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

Pacientes fumadores a quienes se ha realizado intervención sobre tabaquismo (%)
Usuarios a quienes se les ha realizado el test de Zarit (%)

Lista de espera en consulta de FST

Creación de un núcleo promotor de actividades comunitarias

DURACIÓN

Mayo 18:

Crear el grupo de trabajo y programar reuniones semanales o quincenales con una línea de trabajo concreta
23 de mayo: Sesión clínica "Registro y realización del Zarit en OMI"
30 de mayo: Sesión clínica: "Registro de la revisión y valoración de riesgo del pie diabético en OMI"
31 de mayo: Revisión de las plantillas del RIF

Junio 18:

6 de junio: Sesión clínica: "Detección e intervención tabáquica y su registro en OMI"
Enviar a dirección el RIF.

Julio 18:

En dos reuniones del equipo de DUEs (11 y 18 de julio): Puesta en común de la programación y gestión de las consultas de cada uno de los profesionales y organización de las horas de EAC.

Septiembre 18:

Hacer seguimiento del proyecto de la gestión de la consulta de FST
Hacer seguimiento de los proyectos comunitarios

Octubre 18:

Puesta en marcha de las horas de apoyo de EAC

Diciembre 18:

Evaluación de los indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1054

1. TÍTULO

QUEDADAS POR TU SALUD

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE SARA BORNAO CASAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SARIÑENA
· Localidad SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NICAS FIANCES CARMEN
CORTES MARIA DOLORES
GIL GALAN SILVIA
BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA
ULLOD BORRUEL MARIA JESUS
BROTO CARTAGENA ASCENSION
GRASA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mayo 18:
Crear el grupo de trabajo y programar reuniones semanales o quincenales con una línea de trabajo concreta

Junio y julio 18:
Elaboración de información para entregar en consulta. La actividad se realiza todos los viernes de 10 a 11h.
Lugar: centro de salud de sariñena
Elaboración de carteles informativos en el Centro de Salud
Elaboración de la agenda comunitaria en OMI con el registro de los pacientes incluidos en la actividad
La actividad incluye ejercicios de calentamiento, aeróbicos y estiramientos

Septiembre y Octubre 18:
Comunicar al EAP los criterios de inclusión y forma de derivación para acceder a la actividad

Diciembre 18:
Evaluación de los indicadores

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realizar la actividad 1h/semana
Se ha realizado la actividad una vez a la semana
Nº de usuarios que acuden a las "Quedadas"
Acuden entre 6 y 8 pacientes semanales (100% de los derivados)
Encuesta de satisfacción tras 6 meses de participación
Valoración positiva

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La participación y satisfacción por parte de los usuarios favorece la continuidad de este proyecto de calidad.
Queda pendiente fomentar la divulgación del mismo a través de los medios de comunicación

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1054 ===== ***

Nº de registro: 1054

Título
QUEDA POR TU SALUD

Autores:
BORNAO CASAS SARA, NICAS FIANCES CARMEN, CORTES MELERO MARIA DOLORES, GIL GALAN SILVIA, BROTO CARTAGENA ASCENSION,
BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA, ULLOD BORRUEL MARIA JESUS, GRASA ARNAL ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1054

1. TÍTULO

QUEDADAS POR TU SALUD

Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ATENCION AL ADULTA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La ZBS de Sariñena se caracteriza por tener un 26,27% de población mayor de 65 años, con una bajo nivel socioeconómico y un 14% de población inmigrante.
La inactividad física supone, en sí misma, un factor de riesgo de mortalidad (el cuarto según la lista de FR atribuibles a la mortalidad según la OMS)independiente del resto de factores de riesgo. Es la responsable del 6% del total de las muertes
El riesgo de muerte no sólo se relaciona con la inactividad física. La mayoría de estudios demuestran que este riesgo aumenta cuanto peor es la condición física. Existe evidencia científica que pon de manifiesto la relación entre el sedentarismo, la inactividad física y el proceso de salud/enfermedad
Basándonos en el Plan estratégico para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad: " La actividad física asocia múltiples beneficios para la salud, en todas las edades, en ambos sexos y en diferentes circunstancias socioeconómicas.
Ser físicamente activo es muy relevante para mejorar y mantener la salud de las personas, para la prevenir numerosas enfermedades crónicas y situaciones de riesgo y para mejorar el curso de algunas de ellas"
Consideramos como prioridad estratégica de trabajo en nuestra ZBS la necesidad de promover la actividad física.

RESULTADOS ESPERADOS

Concienciar a la población de la importancia que tiene la actividad física diaria sobre el proceso salud-enfermedad.
Aumentar la actividad física que realizan los individuos que no cumplen con las recomendaciones internacionales y reforzar su mantenimiento en aquellos que las cumplen
Dar a conocer las actuales recomendaciones del SNS sobre la actividad física.
Reducir el sedentarismo

MÉTODO

1. Crear un grupo de trabajo para la revisión de este proyecto y ajustarlo a las necesidades actuales
2. Informar al EAP de la oferta de este servicio en una de las sesiones que realiza los miércoles
3. Elaborar hojas informativas y/o marcapáginas sobre estrategias de promoción de salud y prevención para entregar en consulta
4. Hacer carteles informativos para el Centro de salud y consultorios
5. Informar a la población a través de los medios de comunicación locales y comarcales
6. Difundir la actividad desde el proyecto de calidad de "Talleres para la comunidad"
7. Difundir la actividad a través de las distintas asociaciones locales: mayores, mujeres, ...

Responsable: Sara Bornao Casas

INDICADORES

Nº de usuarios que acuden a las "Quedadas"/nº de usuarios a los que se les ha recomendado dicha actividad (OMI registro de recomendación de ejercicio físico)
Nº de asistentes a las sesiones informativas en las diferentes asociaciones/Nº de asociados a las asociaciones convocadas
nº de usuarios que han acudido a las quedadas y que han incorporado el ejercicio físico en su vida diaria/nº de usuarios que han acudido a las quedadas

DURACIÓN

Mayo 18:
Crear el grupo de trabajo y programar reuniones semanales o quincenales con una línea de trabajo concreta

Junio y julio 18:

Elaboración de información para entregar en consulta
Elaboración de carteles informativos para el Centro de Salud y consultorios
Elaborar la información para transmitir a través de los medios de comunicación locales y comarcales

Septiembre y Octubre 18:

Comunicar al EAP la información generada para el cumplimiento de la actividad
Contactar con las distintas asociaciones locales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1054

1. TÍTULO

QUEDADAS POR TU SALUD

Contactar con medios de comunicación local para la difusión de la actividad

Diciembre 18:

Evaluación de los indicadores y hacer un ejercicio de retroalimentación 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 - 2018/0182

1. TÍTULO

GESTION DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD SARIÑENA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE SILVIA GIL GALAN
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS SARIÑENA
· Localidad SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En junio de 18 se realizan las encuestas telefónicas de la escala EVA y del Cuestionario SF 12 para iniciar el tratamiento en grupos de espalda. En octubre de 18 se vuelve a realizar otra encuesta telefónica a 44 pacientes, que habían participado en las sesiones grupales de espalda, para valorar la adherencia al tratamiento. De ellos, 12 siguen realizando ejercicios, 13 no los realizan, 7 a veces y 12 pacientes NS/NC por lo que se obvia el paso del as encuestas como indicadores del proyecto de calidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

? N° de pacientes tratados con patología aguda: 27
? N° de pacientes tratados con patología crónica: 295
? Lista de espera generada en a los 6 meses de aplicación de las actividades: 2 meses
? N° de usuarios que contestan a la escala de dolor EVA
nª de usuarios que pasan por el servicio al año

- N° de usuarios que contestan al cuestionario de salud SF-12
nª de usuarios que pasan por el servicio al año

En octubre de 18 se vuelve a realizar otra encuesta telefónica a 44 pacientes, que habían participado en las sesiones grupales de espalda, para valorar la adherencia al tratamiento. De ellos, 12 siguen realizando ejercicios, 13 no los realizan, 7 a veces y 12 pacientes NS/NC por lo que se obvia el paso del as encuestas como indicadores del proyecto de calidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No hay adherencia al tratamiento de fisioterapia

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/182 ===== ***

Nº de registro: 0182

Título
GESTION DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD DE SARIÑENA

Autores:
GIL GALAN SILVIA, CAMPO REVILLA ISABEL, PPARALED CAMPO MARIA TERESA, ABADIAS PEÑA MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades osteomuscular/ osteoarticular/ EPOC
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información...

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0182

1. TÍTULO

GESTION DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD SARIÑENA

La ZBS de Sariñena está formada por 17 núcleos de población con un G4 de dispersión geográfica y atiende a una población de 7,093 habitantes (6368 adultos y 725 niños) con un 26,27% mayores de 65 años y 11,12% menores de 15 años. La rentabilidad es baja con un 13,1% de población extranjera. El centro de salud consta de 7 médicos de familia, un pediatra, 8 enfermeras, 3 auxiliares administrativas, 1 auxiliar de enfermería y como unidades de apoyo 1 psiquiatra, una matrona y una fisioterapeuta de área

Considerando estas características, en diciembre de 2017, se presenta un estudio descriptivo de la consulta de fisioterapia de centro de salud desde septiembre a diciembre de 2017, en el que se constata:
Casi el 75% de patología tratada ha sido patología vertebral, en el siguiente orden: cervical, lumbar, escoliosis y dorsal.

Que la mayoría de las derivaciones son desde AP.

Que había generada una lista de espera en septiembre de 2017 de 9 meses la cual se trata de reducir aplicando las siguientes medidas: revisión de derivaciones por parte de los médicos de atención primaria y hacer sesiones en grupo para el tratamiento de patologías que así lo permitan

Que estas medidas adoptadas fueron efectivas.

La elaboración de un protocolo para la gestión y derivación de pacientes al servicio de FTP del centro de salud puede ser una arma eficaz para el buen funcionamiento de la consulta.

RESULTADOS ESPERADOS

Evitar listas de espera mayores de dos meses para pacientes crónicos.

Conseguir que los pacientes crónicos aprendan una serie de ejercicios para su autogestión de los procesos afectos.

Poder tratar patologías agudas para reducir posibles cronificaciones y mejoría de la calidad de vida del paciente

MÉTODO

REUNIONES:

Mínimo 1 vez / mes.

En Abril 2018 redacción del protocolo.

Mayo 2018: Presentación y aprobación por parte del EAP del protocolo presentado.

Dic 2018: Evaluación de indicadores.

RECURSOS MATERIALES:

Ordenador.

Excell.

Power point.

INDICADORES

Nº de pacientes tratados con patología aguda.

Nº de pacientes tratados con patología crónica.

Lista de espera generada en un año

DURACIÓN

CALENDARIO PREVISTO:

Abril 18: Redacción del protocolo para la gestión de la consulta de CS Sariñena....Responsables: Silvia Gil e Isabel Campo

Mayo 18: Presentación y aprobación por parte del EAP del protocolo.....Responsables: Silvia Gil y Teresa Paraled

Dic 18 : Evaluación de indicadores....Responsables: Silvia Gil y Teresa Paraled

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1713

1. TÍTULO

MEJORAR LA DETECCION Y EL ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE AMADEO ELDUQUE PALOMO
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP HUESCA
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUILLEN LORENTE SARA
CALVO GASCON ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formación registro indicadores.
Formación en detección y abordaje del EPOC
Renovación de espirómetros

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejora en los siguientes indicadores:

- 1 Pacientes fumadores a los que se les ha realizado la intervención tabáquica (61,62% a 64%)
- 2 Personas mayores o igual a 15 años a las que se les ha preguntado por el consumo de tabaco (51,8% a 60%)
- 3 Razón de prevalencia de EPOC (2% a 2,3%)
- 4 Pacientes con Diagnóstico de EPOC y registro de síntomas en el último año (27,34% a 34,4%)
- 5 Pacientes con diagnóstico de EPOC con intervención en limpieza ineficaz de las vias aéreas (20,6% a 33%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Cambiar la indicación de la espirometría a pacientes fumadores con sintomatología

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1713 ===== ***

Nº de registro: 1713

Título
MEJORAR LA DETECCION Y ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR

Autores:
ELDUQUE PALOMO AMADEO, RIVERA FUERTES ANA MARIA, CALVO GASCON ANA MARIA, GUILLEN LORENTE SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado una baja cobertura de los indicadores de detección y seguimiento de la EPOC, tanto en medicina como enfermería.
Siendo el EPOC una línea estratégica del Departamento y siendo los indicadores de cobertura del mismo de los peores de nuestro sector, consideramos importante mejorar la formación en el mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el resultado de los objetivos de esta Línea Estratégica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1713

1. TÍTULO

MEJORAR LA DETECCIÓN Y EL ABORDAJE DE LOS PACIENTES EPOC EN EL SECTOR HUESCA

MÉTODO

Formación de los profesionales en la detección y abordaje del EPOC, mediante los cursos propuestos, y además formación de registro en OMI-AP, mediante sesiones impartidas por la DAP en cada EAP
mejoría en la dotación de espirómetros, formación en la técnica e interpretación de la misma.
Consultas monográficas de deshabituación tabáquica en los EAPs interesados.

INDICADORES

Valoración de los indicadores: mejoría en los objetivos incluidos en los AGC de los equipos dentro de la línea estratégica del EPOC.

DURACIÓN

2017-2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

Fecha de entrada: 09/01/2019

2. RESPONSABLE SARA GUILLEN LORENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP HUESCA
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALVO GASCON ANA MARIA
ELDUQUE PALOMO AMADEO
ELFAU MAIRAL MARIA
ALLER BLANCO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Implantación de TAONet para el seguimiento de pacientes en tratamiento con AC orales no Directos.
Formación en la herramienta.
Revisión de la correcta indicación de los tratamientos anticoagulantes.
Revisión de los criterios de seguimiento y control de la seguridad del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador de Impacto en cobertura (%):

(Población en tto ACO cuyo seguimiento se realiza a través de TAO Net)/(Población en tratamiento anticoagulante oral) x100

RANGO Contemplado 2018: 30-50%

Resultado: 1884 pacientes/3003 pacientes x 100= 62%

Puntuación (0-10 puntos): 10 puntos

Indicador de Impacto en Seguridad Clínica:

(Pacientes en tratamiento con ACOD asociado a episodio correcto (ACnV o prevención ACV o ICTUS))/(Número total pacientes con ACOD) x100

RANGO Contemplado 2018: 60-80%

Resultado: 84,8%

Puntuación (0-10 puntos): 10 puntos

Indicador de Impacto en Seguridad Clínica:

(Pacientes en tratamiento con ACOD con al menos una determinación de Filtrado Glomerular en el último año)/(Número total pacientes con ACOD) x100

RANGO Contemplado 2018: 60-80%

Resultado: 59,34%

Puntuación (0-10 puntos): 0 puntos

Fuente de datos: Query de OMI y Receta electrónica

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Retraso en el inicio de TAONET en el Sector de Huesca. Se comenzó a mitad de septiembre, la formación inicial fue en julio. Habiendo detalles que no se habían integrado bien que hasta final de octubre no se pudieron corregir.
- El retraso en el inicio de TAONET, la alarma por errores en las tiras en agosto, cambio de medidores por nuevo concurso en noviembre, que son factores que pueden originar inseguridad en los profesionales, nos ha llevado a retrasar la implantación del seguimiento al paciente en autocontrol en AP. Este seguimiento en nuestro sector se está haciendo desde la consulta de enfermería de hematología, por lo que esperamos a enero a desarrollar el circuito de derivación y formación necesaria a los profesionales.
- El desconocimiento de la tasa de pacientes anticoagulados en el Sector y su ajuste a las tasas de la Comunidad Autónoma y España; así como de los datos de seguimiento de dichos pacientes; junto con la lentitud en la implantación del programa en el Sector.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/24 ===== ***

Nº de registro: 0024

Título

REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

Autores:
CALVO GASCON ANA MARIA, GUILLEN LORENTE SARA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, CEREZUELA SAMPER CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El 30% de los pacientes anticoagulados en el Sector de Huesca a fecha de noviembre 2017, está en tratamiento con ACOD (anticoagulantes directos). Este cifra era del 26% hace 1 año, coincidiendo con la media en nuestra CA; aun así siendo superior a la media nacional (24%). Aún habiendo aumentado también los pacientes en tratamiento con aVK.
El 7% de los pacientes en tratamiento con ACOD en el Sector de Huesca han tenido al menos 1 episodio hemorrágico que precisó asistencia a urgencias en el último año (2017), el 17% de los pacientes que han sufrido una hemorragia han asistido en más de una ocasión a urgencias. Los pacientes en tto con ACOD tienen una media de edad de 80,19 años.
El 1,5% de los pacientes en tratamiento con ACOD en el Sector de Huesca ha sufrido un episodio de ICTUS en el último año pese a estar en tratamiento.
A pesar que 67% de los pacientes en tratamiento con aVK se controlan en AP, el autocontrol de estos pacientes en estos momentos sólo se puede realizar a través de AE.
La dosificación y seguimiento de pacientes en tratamiento con aVK en AP se realiza a través de OMI
El 43% de los pacientes en tratamientos con ACOD en el Sector de Huesca no están bien asociados al episodio correcto de OMI.
No se dispone de información de seguimiento de los pacientes en tratamiento con ACOD (FG, Adherencia,...)
Mejorar la autonomía y la calidad de vida de pacientes en tratamiento con aVK ofertando el autocontrol, garantizando la equidad y los 3 modelos de control en el Sector de Huesca.
Garantizar la comunicación de los datos del paciente AP-AE a través de un sistema informático común, que mejore además el cálculo de dosificación farmacológico.
Garantizar la seguridad del paciente anticoagulado, en tres niveles: indicación, seguimiento y resultados.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer el tipo de tratamiento que llevan los pacientes anticoagulados en el Sector de Huesca.
Conocer las complicaciones hemorrágicas asociadas al tratamiento con ACOD
Conocer los episodios de ICTUS o accidente cerebro vascular en los pacientes tratados con ACOD
Implantar el autocontrol del paciente anticoagulado con aVK en Atención Primaria.
Mejorar el registro de la indicación de tratamiento con ACOD en OMI
Disponer de información para el seguimiento de pacientes en tratamiento con ACOD (FG)

MÉTODO

Desarrollo del protocolo de actuación en pacientes anticoagulados

Inclusión del autocontrol

Formación a los profesionales en TAONet

Formación a los profesionales en gestión de autocontrol

Formación a los profesionales en ACOD

Instalación de TAONET

Evaluación de resultados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

INDICADORES

Número de pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales.
Nºde pacientes en tratamiento anticoagulante con ACOD/ Total de pacientes anticoagulados (en %)
Nº de pacientes en tratamiento con ACOD que han presentado al menos un episodio de hemorragia mayor o menor con asistencia a urgencias Hospitalarias/ Total pacientes con ACOD (en %)
Nº pacientes en tratamiento con ACOD que han presentado al menos un episodio de ICTUS o accidente cerebrovascular con asistencia a urgencias Hospitalarias / Total pacientes con ACOD (en %)
Nº de EAP del Sector de Huesca con consulta monografica de autocontrol del TAO
Nº de pacientes en tratamiento con ACOD asociado a episodio correcto (ACnV o prevención ACV/ICTUS)/ Total pacientes con ACOD (en %)
Nº de pacientes en tratamiento con ACOD con al menos un FG registrado en OMI en el último año/ Total de pacientes con ACOD (en %)

DURACIÓN

Desarrollo del protocolo de actuación en pacientes anticoagulados
DAP PRIMER TRIMESTRE

Inclusión del autocontrol ABRIL EAP

Formación a los profesionales primer semestre 2018

Instalación TAONET mayo 2018

Evaluación de resultados 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 - 2018/0025

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)

Fecha de entrada: 08/01/2019

2. RESPONSABLE AMADEO ELDUQUE PALOMO
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP HUESCA
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUILLEN LORENTE SARA
CALVO GASCON ANA MARIA
ELFAU MAIRAL MARIA
ALLER BLANCO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- No se ha podido habilitar una vía informatizada para la incorporación de los resultados del test. La inclusión de un pdf en la historia, la descripción del diagnóstico por parte de la enfermera de digestivo en HCE, o incluso la creación del tic de OMILab con el test han sido pasos baldíos que no han llevado a ningún puerto. Actualmente la transmisión del resultado de la prueba sigue haciéndose a través de correo postal interno al MAP.
- La inclusión de la realización del test ha llevado previamente a varias reuniones de coordinación con el Servicio de Digestivo, y a la realización de un video de instrucciones dirigido al personal de enfermería que realiza la prueba y unas instrucciones precisas del envío. La organización de un sistema de valija y de su correspondiente método de envío desde los centros a la consulta de digestivo.
- En el contexto del Servicio de Digestivo tienen pautas de tratamiento de la dispepsia diferentes entre sí, y si las comparamos con las GPC actuales, pautas que pensamos deberían de ser las establecidas en nuestro Sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- La priorización de la realización de esta prueba se ha centrado en los equipos rurales quienes presentan a día de hoy una población alrededor de los 53.030 habitantes (49% de la población del Sector). En el momento actual, está realizándose el test en Grañén, Almudévar, Sabiñánigo, Hecho y Berdún.

-Indicador de Impacto en cobertura (%):

(Población rural incluida en la realización del test de H.Pylori en AP en el Sector Huesca en 2018)/(Población total rural del Sector de Huesca) x100

RANGO Contemplado 2018: 30-50%

Resultado: 20522 hab/52997 hab x 100= 38,7%

Puntuación (0-10 puntos): 4,25 puntos

-Indicador de Actividad de cambio de oferta:

(Difusión de la formación en realización del Test H.Pylori)/(Número total de los EAP del sector) x100

RANGO Contemplado 2018: 80-100%

Resultado: 14/14=100%

Puntuación (0-10 puntos): 10 puntos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La expansión final del test en el resto de centros se realizará a lo largo de este primer trimestre de 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/25 ===== ***

Nº de registro: 0025

Título

REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)

Autores:

ELDUQUE PALOMO AMADEO, GUILLEN LORENTE SARA, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, CEREZUELA SAMPER CARMEN, CALVO GASCON ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0025

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde el 27% al 70% de las consultas de Atención Primaria se relacionan con la dispepsia como motivo de consulta.

El 75% de los Test de HP solicitados desde AP se hacen desde los CS urbanos de Huesca capital. Abarcando un 50% de la población del Sector.

En el último año se han solicitado un total de 1880 test de Helicobacter Pilory desde AP, a través de OMI.

No es posible la realización del test de diagnóstico del H.Pilory en las consultas de AP, derivando al paciente al HSJ con la consiguiente pérdida de tiempo y desplazamiento del mismo

Dentro del proceso de la transmisión de resultados del Test de HP, existen lagunas conflictivas en las que el resultado puede no transmitirse al profesional sanitario

No existe capacidad de extracción de datos de resultado del Test de H.Pilory en Huesca puesto que como el test se realiza fuera de laboratorio, la solicitud se realiza en un volante de interconsulta que no registra a través de DGP.

No existe un protocolo unificado de tratamiento de la dispepsia y de realización de Test de aliento de HP en el Sector de Huesca entre AP y AE

La realización del test en AE únicamente implica una derivación al Servicio de Digestivo en los primeros pasos de diagnóstico del proceso de Dispepsia.

El coste del Test (aprox. 20€), hace necesaria una herramienta o protocolo de monitorización de la realización del Test unificada para poder evaluar los resultados del mismo y proveer de una formación en el proceso para el profesional sanitario basado en la evidencia científica y el consenso entre AP y AE del Sector.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS

Mejorar la variabilidad en el acceso a los tests de HP de la población del Sector

Implantar la realización del tests de HP en las consultas de AP

Mejorar la transmisión vía telemática de los resultados de los tests de HP desde AE .

Establecer criterios de consenso AP-AE para el tratamiento de la dispepsia, diagnóstico y erradicación de HP

MÉTODO

Realización de protocolo del Sector

Compra de test HP desde Farmacia AP

Formación en realización test HP

Formación enfermería ICV

Formación en protocolo dispepsia y errad HP

Creación buzón ICV Test HP en HCE

Evaluación desarrollo

INDICADORES

Número de tests HP realizados en CS rurales/ Total tests HP realizados (en %)

Número total tests HP realizados en AP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0025

1. TÍTULO

REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)

Número de EAP que incorporan la realización del test de HP

Comunicación de resultados de test vía telemática

Existencia de protocolo unificado AP-AE tratamiento dispepsia/diagnóstico y erradicación HP

DURACIÓN

Realización de protocolo del Sector	Primer trimestre AP_AE
Compra de test HP desde Farmacia AP	Enero 2018
Formación en realización test HP	hasta mayo del 218 DAP
Formación enfermería ICV	marzo abril 2018 AP_AE
Formación en protocolo dispepsia y errad HP	Abril Agosto DAP AE
Creación buzón ICV Test HP en HCE	SSCC enero 2018
Evaluación desarrollo	Diciembre DAP

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 - 2018/0336

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE ANA MARIA CALVO GASCON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP HUESCA
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ELDUQUE PALOMO AMADEO
GUILLEN LORENTE SARA
ELFAU MAIRAL MARIA
ALLER BLANCO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión formativa con Enfermería de Endocrinología.

Desarrollo del Proyecto de Actividades Comunitarias con los EAP del Sector fomentando la formación orientada a pacientes diabéticos.

Formación en nuevos materiales de insulinización y control de glucemia a los profesionales de enfermería de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores seleccionados para este proyecto son 3:

Indicador de Actividad:

(nº de EAP con distribución de material para pacientes con DM tipo1)/(EAP Sector Huesca) x100

RANGO Contemplado 2018: 60-80%

Resultado: 71,42%

Puntuación (0-10 puntos): 5,5 puntos

Indicador de Impacto:

(nº de EAP con activ de educación diabetológica)/(nº de EAP con act.comunitarias basadas en educación y autocontrol de pacientes) x100

RANGO Contemplado 2018: 30-50%

Resultado: 4 de un total de 10 centros: 40%

Puntuación (0-10 puntos): 5 puntos

Indicador de Impacto:

(Pacientes diabéticos tipo 2 con ADO sin ?insulina con glucómetro)/(Pacientes diabéticos tipo 2 con ADO sin?insulina) x100

Rango Contemplado: disminución del 20% del valor inicial del 6,12% al 4,9% de pacientes diabéticos tipo 2 con ADO sin ?insulina con glucómetro.

Resultado: 5,21%

Puntuación (0-10 puntos): 7,5 puntos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valorando los resultados hay que seguir trabajando la continuidad asistencial entre los diferentes niveles asistenciales para un óptimo seguimiento de estos pacientes, y continuar en la línea "No hacer" en las actuaciones propias de atención primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/336 ===== ***

Nº de registro: 0336

Título

PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

Autores:

CALVO GASCON ANA MARIA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, GUILLEN LORENTE SARA, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, SERAL SOLANAS MARIA JOSE, BARRAGON ANGULO AMAYA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0336

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Existen 286 pacientes con diagnóstico de DM tipo 1 aproximadamente en el Sector de Huesca, el 11% (31) con calculador de bolo y el 7% con bomba de insulina
Los recursos necesarios para el control de su DM 1 se proporcionan desde AE
Hay pacientes DM tipo 2 en tratamiento con ADO no hipoglucemiante o hipoglucemiante, pero fuera de situación de inestabilidad, con glucómetros
Control glucémico en consulta programada de enfermería a pacientes DM tipo2
Falta de continuidad clínica y de cuidados de los pacienes DM tipo 1

RESULTADOS ESPERADOS

Identificar pacientes con DM tipo 1 que tengan un profesional de medicina o enfermería del EAP de referencia
Suministrar el material de los pacientes DMtipol desde los EAP
Conocer los pacientes con DM tipo 2 con ADO y sin insulina que utilizan glucómetro.
Potenciar la educación grupal y comunitaria a pacientes diabéticos tipo 2

MÉTODO

Realizar protocolo del Sector
Suministro del material en la consulta de AP
Aplicar en la consulta de enfermería el seguimiento al paciente diabético tipo 2 indicado en el Manual de Procedimientos de Diabetes Mellitus del Salud.
Desarrollo de actividades grupales y comunitarias
Evaluar resultados

INDICADORES

Número de pacientes con DM tipo 1 que tengan un profesional de medicina o enfermería del EAP de referencia/ N° de pacientes con DM tipol (en %) 90%
Número de EAP que suministran el material necesario a estos pacientes. 10 centros
Número de pacientes diabéticos tipo 2 con antidiabéticos orales sin insulina que utilizan glucómetro/Número de pacientes diabéticos tipo 2 con antidiabéticos orales sin insulina (en %) Mejorar en un 20% el valor inicial
Número de EAP con educación grupal o actividad comunitaria en pacientes diabéticos tipo 2. 7 centros

DURACIÓN

Realizar protocolo del Sector AP/AE marzo 2018
Suministro del material en la consulta de AP Abril 2018 AP
Aplicar en la consulta de enfermería el seguimiento al paciente diabético tipo 2 indicado en el Manual de Procedimientos de Diabetes Mellitus del Salud. AP abril 2018
Desarrollo de actividades grupales y comunitarias AP mayo 2018
Evaluar resultados DAP 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 - 2018/1076

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN TMG EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA NIEVES BAENA JIMENEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE
GUERRI LLES YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
· Realización del diseño del "Programa de Sesiones" semanales
· Realización del Power Point de las sesiones teóricas
· Realización de las "Tarjetas de supuestos prácticos"
· Realización de documento de "Recomendaciones al alta"

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
· Desarrollo de las sesiones psicoeducativas que conforman el programa: Se ha realizado el desglose de cada una de las 7 sesiones que conforman el Programa (contenido teórico y recursos materiales necesarios: Test, power point y tarjetas con supuestos prácticos)
· Implementación del Programa de Adherencia al tratamiento dentro de la agenda de actividades de UME: No se ha podido implementar por el momento por ser un módulo dentro de Psicoeducación y Educación para la Salud del CRP y se están actualmente impartiendo otros módulos. Se prevee llevarlo a cabo en un mes aproximadamente. Los resultados que se pretenden conseguir es concienciar de la importancia de la adherencia al tratamiento en pacientes con TMG, que lo incluyan en su vida diaria y lo puedan mantener a lo largo del tiempo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se puede llegar a ninguna conclusión de momento ya que no se ha implementado el programa aún. Desde el equipo de mejora creemos que es un tema que siempre suele estar presente en este centro y se destaca la importancia de su sostenibilidad en el tiempo porque lo consideramos un tema muy relevante con un gran impacto tanto para el usuario, familia, sistema sanitario, etc. Se podrá ir incluyendo nueva información obtenida a lo largo del tiempo para mejorar y actualizar el programa.

7. OBSERVACIONES.
Pendiente de implementarlo próximamente.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1076 ===== ***

Nº de registro: 1076

Título
PROGRAMA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN TMG EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Autores:
BAENA JIMENEZ MARIA NIEVES, GUERRI LLES YOLANDA, SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE

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

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La OMS define la adherencia a un tratamiento como el seguimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo indicado. Además, incluye acudir a las citas previstas con el personal sanitario, desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo y realizar adecuadamente el régimen terapéutico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1076

1. TÍTULO

PROGRAMA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN TMG EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

En el caso de las personas con trastorno mental grave, la falta de adherencia terapéutica se produce con más frecuencia que en otro tipo de enfermedades crónicas. Esto se debe, entre otras cosas, a la falta de conciencia de enfermedad, a los efectos adversos de la medicación, olvidos de la toma, a la falta de alianza terapéutica, etc. Dentro de la rehabilitación de las personas con TMG es imprescindible mejorar y potenciar dicha adherencia, dado que es indispensable para mantener la estabilidad y prevenir recaídas.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos que se pretenden conseguir con este programa son:

- Mejorar adherencia al tratamiento.
- Prevenir recaídas y descompensación psicopatológica.
- Aumentar conocimientos sobre los psicofármacos, efectos de éstos y signos/síntomas precoces de recaídas.
- Facilitar estrategias para conseguir la preparación y toma autónoma de la medicación.
- Valorar implicación y adherencia en los permisos durante el ingreso en la unidad.

MÉTODO

Desarrollar un programa específico de adherencia al tratamiento, basado en sesiones semanales (martes) de una hora de duración aproximadamente dirigidas por una Enfermera Especialista en Salud Mental y un coterapeuta. Los materiales necesarios serán: pizarra, rotuladores, power point del programa, proyector y pc.

INDICADORES

Desarrollo de las sesiones que conforman el programa.
Implementación del programa de adherencia al tratamiento dentro de la agenda de actividades de UME.

DURACIÓN

Inicio : abril 2018
Desarrollo de las sesiones: hasta Octubre 2018
Implementación del programa: a partir de Noviembre 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 - 2018/1094

1. TÍTULO

INTERVENCION SOCIO-EDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE LOS HABITOS CULINARIOS

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR PLANO VIDOSA
· Profesión TCAE
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LANAO MARTIN ADOLFO
ARTERO GUILLEN BELEN
MATA TORNIL ELENA
BERNAD BETORED GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REUNIÓN QUINCENAL DEL EQUIPO:

1. Realización de las fichas técnica de cada sesión
2. Selección del grupo de pacientes
3. Definir el encuadre

DESARROLLO DE LAS SESIONES DEL PRIMER CUATRIMESTRE

SALIDAS A LA COMUNIDAD

- Paseo en bus y charla circulación vial en la policía Local.
- Convivencia con Asapme en Salas
- Sala Tanto Monta. Cantorales, museo pedagógico
- Centro Comercial. Practicas de habilidades sociales y gestión de la economía.
- Cine con cena. Película: Campeones
- Salida al centro de gestión de residuos. Grhusa
- Salida al supermercado. Manejo de la economía.

CHARLAS

- Alimentación saludable
- Caminos de Barbastro, ofrecida por Daniel Valles.
- La India y su cultura. Ponente: Manuel Campelo.
- Camina por tu ciudad de una forma segura. Policía Local
- Hábitos en la mesa. Videos de refuerzo.
- La salud mental. videos y puesta en común.
- Documental: Océanos de plástico. Reflexiones sobre la contaminación.
- Tertulia : Cómo celebramos la fiesta de todos los santos.
- El arte de aprender a comer. Cristina Hernandez
- Alérgenos. Riesgos en algunos alimentos.

OCIO DIRIGIDO

EDUCATIVO/SENSORIAL/MOTRICIDAD

- Higiene personal . Hábitos y rutinas.
- Comportamiento Social. refuerzo videos.
- Baile divertido. Pasos de coordinación y ritmo.
- Pirámide de los alimentos. Puesta en común y murales.
- Taller de verduras y hortalizas. Exposición.
- Taller de frutas del mundo. Exposición y degustación.
- Práctica de poner la mesa. Presentación y decoración.
- Taller práctico sobre el Reciclaje. Videos de refuerzo.
- Talleres prácticos con materiales reutilizables.
- Taller práctico. Aromaterapia.
- Taller práctico de cafetería.
- Cartelería.
- Organización jornada del CRP Santo Cristo
- Organizació del mercado medieval con Asapme.
- Limpieza y organización del taller de cocina.
- Taller con frutos de otoño.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha cumplido el calendario y planificación prevista
Alto grado de participación de los usuarios: 20-25 usuarios de media
Satisfacción del usuario: alto grado expresado
Atender expectativas de los profesionales: alto grado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha del proyecto socio-educativo dirigido a todos los usuarios del CRP Santo Cristo de los Milagros, ha tenido una muy repercusión positiva en sus vidas y en su proceso de recuperación. Pretendemos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1094

1. TÍTULO

INTERVENCION SOCIO-EDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE LOS HABITOS CULINARIOS

seguir trabajando con ellos, poniendo en valor el conocimiento sobre los hábitos y conductas saludables. Supone un punto de partida para avanzar en el autocuidado y bienestar de los pacientes con salud mental.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1094 ===== ***

Nº de registro: 1094

Título
INTERVENCION SOCIO-EDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE LOS HABITOS CULINARIOS

Autores:
PLANO VIDOSA MARIA PILAR, LANA O MARTIN ADOLFO, ARTERO GUILLEN BELEN, MATA TORNIL ELENA, BERNAD BETORE GLORIA

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

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el CRP Santo Cristo de los Milagros llevamos trabajando durante estos últimos años con nuevas estrategias con el objetivo de despertar la motivación de nuestros usuarios, siempre desde óptica de la recuperación, lo que nos permite rescatar la parte sana de las personas y alejarnos de la enfermedad.

Nuestros usuarios se caracterizan por presentan déficits en el desarrollo de sus capacidades funcionales que afectan a diversos aspectos de su vida. Su conducta se caracteriza por retraimiento social, abandono de responsabilidades y del autocuidado personal e incapacidad laboral.
En la actualidad vemos la oportunidad de complementar dicho proyecto rehabilitador con un módulo educativo en el que se impartirán conocimientos higienico-dietéticos, talleres prácticos y entrenamiento en la comunidad para trabajar:

1. La educación para la salud: como parte inherente a todas las acciones de salud, con la intención de adquirir conocimientos y conductas favorables hacia su salud, modificando aquellas que resulten nocivas.
2. Las habilidades sociales en personas con TMG: aumentando su capacidad de competencia.

RESULTADOS ESPERADOS
A QUIEN VA DIRIGIDO:
Usuarios del CRP Santo Cristo de los Milagros con Trastorno Mental Grave

OBJETIVO GENERAL:
Trabajar la recuperación del paciente con TMG: la salud física y mental impartiendo conocimientos de autocuidado personal. Esto incluye hábitos de alimentación, autocuidado y las habilidades sociales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Disminución de comportamientos de riesgo como consumo excesivo de alcohol, tabaco y otras drogas y dieta inadecuada.
Aprendizaje de conocimientos básicos culinarios
Adquisición de conocimientos: Aprender a alimentarnos
Trabajar la resistencia al cambio de hábitos
Trabajar las habilidades sociales: comportamiento social adecuado, normas de convivencia, comportamiento en la mesa.
Adquirir habilidades instrumentales: manejo del dinero, realizar compras de alimentos, gestión de economía doméstica.
Desarrollar habilidades sociales de convivencia: valores de trabajo en equipo, comunicación activa,
Adquirir compromiso con la tarea, autocontrol y disciplina.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1094

1. TÍTULO

INTERVENCION SOCIO-EDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE LOS HABITOS CULINARIOS

METODOLOGÍA

Modelo comportamental-educativo:

Permite la integración de contenidos de información y de habilidades y señala la importancia de que las adquisiciones de las conductas saludables se realicen de forma natural, integradas en el proceso educativo.

Utilizaremos básicamente dos estrategias de intervención:

1. La educación para salud
2. Aprendizaje de habilidades sociales.

INDICADORES

1. Cuestionario del grado de satisfacción con el programa
2. Grado de adherencia y cumplimiento
3. Memoria del programa.

DURACIÓN

El programa tiene una temporalización de un año de duración de Enero de 2018 a Diciembre de 2018, tomando un descanso los meses de verano (julio/agosto)

Se programarán los módulos teóricos (1 semanal)

Historia de la cocina
Materias primas
Utensilios de cocina
Alimentación saludable
Nutrición
Métodos básicos de cocinado
Reciclaje
Alérgenos, cocina sin gluten
Salud e higiene mental
Cuidado de la salud personal
Economía doméstica

Clases y talleres prácticos: (1 semanal)

Los sentidos: aromaterapia
Taller de cocina
Entrenamientos: Un día de mesa y mantel
Habilidades sociales: normas sociales en la mesa
Presentaciones/decoración mesa
Taller de expresión de los sentidos y las emociones

Entrenamiento en la comunidad:

Colaboraciones con sector hostelería
Talleres con profesionales del mundo de la cocina
Entrenamiento de AVDs instrumentales: compras de alimentos, manejo del dinero, comportamiento social en la comunidad.
Comida de hermandad

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 - 2018/1223

1. TÍTULO

MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: ESPACIO FISICO Y DINAMICA DE FUNCIONAMIENTO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE MARTA ELBOJ SASO
· Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BIARGE RUIZ ARTURO
GRACIA BERCCERO CONCEPCION
VAL LOPEZ ROSARIO
SANTOS FAÑANAS MARIA JESUS
FELIPE LANUZA GENMA
CUELLO OLIVAN TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Evaluación previa sobre las dimensiones del espacio terapéutico
2. Reunión quincenal del equipo de mejora para consensuar los datos y la revisión de las normas de funcionamiento de la unidad/dispositivos.
3. Explicitar normas de funcionamiento para regular las relaciones, las tareas y los horarios de las unidades y sus diferentes espacios.
 - Creación normas de funcionamiento para regular los horarios de las unidades y sus diferentes espacios.
 - Dar a conocer las normas a usuarios y trabajadores
4. Planificación de las tareas y actividades dirigidos a las situaciones clínicas frecuentes
5. Adecuación de los espacios:
Fomento de espacios saludables: sin humo dentro del hospital
 - Diseño plan alternativo para pacientes fumadores
 - Educación sanitaria (tabaco), trabajo grupal con pacientes para crear buenos hábitos.
6. Adecuación de espacios terapéuticos
 - Creación sala polivalente para actividades terapéuticas: tertulia, ocio y tiempo libre, reunión de familias.
 - Puesta en marcha de las actividades teniendo en cuenta las modificaciones estructurales
7. Dar a conocer a todo el equipo los contenidos de las actividades, para fomentar el apoyo
8. Diseño del proyecto de adecuación de sala para actividades rehabilitadoras
9. Taller de biblioteca, creación de un servicio de biblioteca por parte de los pacientes para su uso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Adecuación de los espacios: SI 100%
Elaboración de un documento que refleje la sistemática de trabajo y organización de los profesionales de enfermería SI
Realización de reuniones trimestrales de coordinación de cuidados 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El ambiente terapéutico es una herramienta de trabajo fundamental en todos los dispositivos de Salud Mental. Un ambiente seguro favorece el contacto terapéutico, está estrechamente relacionado con el manejo de conductas difíciles, la seguridad de las personas atendidas, la familia y los profesionales, y, también, con los episodios de contención mecánica.

Esta línea de trabajo está enmarcada en la Estrategia en Salud Mental del Plan de Salud Mental en la cual se identifica la importancia de preservar la dignidad de las personas, reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y modificar las actitudes del personal para adaptarlas al principio de la recuperación. Hemos observado durante este año una gran mejora el ambiente terapéutico del CRP Santo Cristo de los Milagros garantizando la humanización de la atención y la mejoría del paciente en un ambiente normalizado y saludable.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1223 ===== ***

Nº de registro: 1223

Título
MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: ESPACIO FISICO Y DINAMICA DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1223

1. TÍTULO

MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: ESPACIO FISICO Y DINAMICA DE FUNCIONAMIENTO

FUNCIONAMIENTO

Autores:
ELBOJ SASO MARTA, BIARGE RUIZ ARTURO, GRACIA BERCERO CONCEPCION, ABARCA GRASA ANA, VAL LOPEZ ROSARIO, SANTOS FAÑANAS MARIA JESUS, FELIPE LANUZA GENMA

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

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El ambiente terapéutico es una herramienta de trabajo fundamental en todos los dispositivos de Salud Mental. Un ambiente seguro favorece un contacto terapéutico que facilita el compromiso de las personas atendidas en su tratamiento, mejora la satisfacción y los resultados en salud.

En los estudios referentes a este tema sigue quedando patente que el ambiente terapéutico es un concepto complejo, compuesto por diferentes dimensiones, relacionadas con recursos físicos, humanos y organizativos. Además, está estrechamente relacionado con el manejo de conductas difíciles, la seguridad de las personas atendidas, la familia y los profesionales, y, también, con los episodios de contención mecánica.

Esta línea de trabajo está enmarcada en la Estrategia en Salud Mental del Plan de Salud Mental en la cual se identifica la importancia de preservar la dignidad de las personas, reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y modificar las actitudes del personal para adaptarlas al principio de la recuperación.

Por ello, se propone revisar el ambiente terapéutico del CRP en toda su complejidad y elaborar planes de mejora en las unidades, una tarea ambiciosa que pretende iniciar una línea de trabajo y que necesita el compromiso de profesionales, pacientes, familiares y gestores pero también una planificación y ejecución de intervenciones específicas.

RESULTADOS ESPERADOS

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivos general:

Mejorar el ambiente terapéutico del CRP Santo Cristo de los Milagros para garantizar la humanización de la atención y favorecer el proceso de recuperación.

Objetivos específicos:

1. Analizar la situación actual sobre a dinámica de funcionamiento de las unidades.
2. Explicitar normas de funcionamiento para regular las relaciones, las tareas y los horarios de las unidades y sus diferentes espacios.
3. Favorecer el desarrollo de actitudes positivas y de espacios saludables
4. Reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y la restricción de la libertad
5. Dar a conocer a todo el equipo los contenidos de las actividades, para fomentar el apoyo

MÉTODO

Estudio del grupo de trabajo sobre las dimensiones del ambiente terapéutico en las unidades del CRP:

El espacio físico
La dinámica de funcionamiento
El ambiente relacional

Una vez realizado el análisis de cada una de las dimensiones se harán recomendaciones, basadas en la evidencia disponible y adaptadas a nuestro entorno. Una vez consensuadas se plasmarán en un documento que debe contener:

Actualización de las guías de funcionamiento, en las que se debe explicitar las normas de funcionamiento para regular las relaciones, las tareas y los horarios de las unidades y sus diferentes espacios.

Se hará el seguimiento de las actividades acordadas y la implantación de nuevas actividades y se plantearán las incidencias relacionadas con las infraestructuras.

En el modelo de unidad de Gestión Clínica, la coordinación/supervisión de la unidad o dispositivo mantendrá reuniones periódicas con la Dirección del Centro y la Coordinación de Cuidados de enfermería.

INDICADORES

INDICADOR:

Elaboración de un documento que refleje la sistemática de trabajo y organización de los profesionales de enfermería.

ESTÁNDAR: Existencia del documento: SI/NO

INDICADOR:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1223

1. TÍTULO

MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: ESPACIO FISICO Y DINAMICA DE FUNCIONAMIENTO

Realización de reuniones trimestrales de coordinación de cuidados
ESTÁNDAR: 4 reuniones/año

DURACIÓN

El programa tiene una temporalización de un año de duración de Enero de 2018 a Diciembre de 2018, tomando un descanso los meses de verano (julio/agosto).

1ª FASE DE ENERO A JUNIO DE 2018:

1. Evaluación previa sobre las dimensiones del espacio terapéutico
2. Reunión quincenal del equipo de mejora para consensuar los datos y la explicitación de las normas de funcionamiento de la unidad/dispositivos.
3. Planificación de las tareas y actividades dirigidos a las situaciones clínicas frecuentes

2ª FASE DE DE 2018:

1. Reunión quincenal del equipo de mejora.
2. Realización del documento con las recomendaciones de mejora y su difusión
3. Puesta en marcha de las actividades teniendo en cuenta las modificaciones estructurales y las necesidades de recursos humanos.
4. Continuidad asistencial interna: a través de reuniones establecidas por la unidad y la dirección del centro
5. Evaluación del proyecto 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 - 2018/1224

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE IOVANNA RODRIGUEZ CRESPO
· Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MATA TORNIL ELENA
FUMANAL LACAMBRA CARMEN
LALANA CUENCA JOSE MANUEL
ALEGRE GUERRA BEATRIZ
BERNAD BETORED GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El programa ha tenido una temporalización de un año de duración de Enero de 2018 a Diciembre de 2018, descansando en verano (julio/agosto)

Reunión quincenal del equipo de mejora para:

1. Realización de las fichas técnica de cada sesión
2. Selección del grupo de pacientes siguiendo los criterios del plan individual de rehabilitación
3. Definir el encuadre de las sesiones

Sesiones grupales de trabajo:

1. Se han realizado de enero a diciembre 20 sesiones grupales quincenales. S
2. Grupo de pacientes: una media de 18 pacientes por sesión
3. Se han trabajado principalmente las emociones básicas y la escucha activa potenciando la comprensión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se trata de un proyecto piloto, su repercusión ha sido muy satisfactoria. Ha tenido un enfoque basado en el positivismo, la creatividad, participación grupal, la libertad de expresión y la flexibilidad.

Se ha creado un espacio físico y visual del mundo emocional, un "Rincón Emocional" que ayuda a conocer las emociones para conseguir mejores niveles de desarrollo personal y social.

Valor de Indicadores:

Realización de reuniones quincenales de coordinación por parte del equipo de mejora: 100%

Grado de cumplimiento y de adherencia a la actividad: alta participación una media de 18-20 pacientes y un gran grado de adherencia.

6.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: LECCIONES APRENDIDAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ya que nos encontramos en un centro de rehabilitación psicosocial, donde se encuentran personas con problemas de salud mental de diversa índole, y que en su mayoría presentan dificultades en la identificación, comprensión y manejo emocional, nos parecía indispensables un rincón reflexivo, creativo y de escucha base de todo proceso emocional, con el objetivo de que sea solo un precedente, un inicio, de un rincón mágico y de apoyo emocional para el centro.

La finalidad de este proyecto es colaborar en la tarea de recuperación personal para el desarrollo de las capacidades emocionales de los participantes. La aplicación de este programa no debería quedarse como un hecho aislado o puntual, descontextualizado, sino todo lo contrario, debería aplicarse como un programa integrado dentro de nuestro programa rehabilitador.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1224 ===== ***

Nº de registro: 1224

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1224

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Título
CREACION DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Autores:
RODRIGUEZ CRESPO IOVANNA, MATA TORNIL ELENA, FUMANAL LACAMBRA CARMEN, LALANA CUENCA JOSE MANUEL, ALEGRE GUERRA BEATRIZ

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

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La salud mental o emocional es una parte muy importante de la salud general y fundamental en el ámbito de trabajo al que pertenece nuestro centro.

Las emociones, son un aspecto fundamental en el desarrollo de todo ser humano, es importante trabajarlas, ayudando a favorecer el desarrollo de las mismas, haciéndoles capaces de identificarlas, aceptarlas y poder llevarlas a la práctica

Por tanto, ya que nos encontramos en un centro de rehabilitación psicosocial, dónde se encuentran personas con problemas de salud mental de diversa índole, y que en su mayoría presentan dificultades en la identificación, comprensión y manejo emocional, se propone crear un rincón reflexivo, creativo y de escucha base de todo proceso emocional, con el objetivo de que sea solo un precedente, un inicio, de un rincón mágico y de apoyo emocional para el centro.

La finalidad de este proyecto es colaborar en la tarea de recuperación personal para el desarrollo de las capacidades emocionales de los participantes. La aplicación de este programa no debería quedarse como un hecho aislado o puntual, descontextualizado, sino todo lo contrario, debería aplicarse como un programa integrado dentro de nuestro programa rehabilitador.

RESULTADOS ESPERADOS
A QUIEN VA DIRIGIDO:
Usuarios del Centro de Rehabilitación Psicosocial Santo Cristo de los Milagros con Trastorno Mental Grave

OBJETIVOS GENERALES:
Crear un espacio físico y visual del mundo emocional, un "Rincón Emocional" que ayude a conocer las emociones humanas de manera que permitan conseguir mejores niveles de desarrollo personal y social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
Tomar conciencia del propio estado emocional.
Participar activamente en el proceso grupal, con actitud cooperativa, dialogante, constructiva y sin juicios.
Tomar conciencia de la importancia de las emociones en nuestra vida diaria y de lo mucho que nos unen a la especie humana (emociones universales).
Favorecer la empatía a través de la comprensión de las emociones de los demás.
Crear un espacio de escucha y comprensión que favorezca la interacción, aprendizaje y continuidad del taller.
Potenciar el desarrollo de la capacidad creativa y trabajo manual y artístico.

MÉTODO
ESTRUCTURA Y CONTENIDOS DEL PROGRAMA:
Se propone una ficha técnica de cada sesión para responder a un guión conocido y consensuado aunque siempre será flexible y dispuesto a las modificaciones oportunas, fruto de las necesidades percibidas a lo largo de las sesiones tanto por los participantes como por los profesionales encargados de guiar la actividad.

METODOLOGÍA ACTIVA: el usuario es el protagonista del proceso de aprendizaje de las emociones y el objetivo fundamental es mantener activa la mente de los pacientes tratando de hacerle analizar y observar las situaciones que se le presentan, conectando con su "yo" interno.

Se partirá de un enfoque constructivista, utilizando una metodología globalizada y activa para llevar a cabo un aprendizaje emocional significativo y funcional en cualquier contexto y situación. Las actividades se realizarán en grupo, aunque algunas prácticas se trabajen individualmente.
Cada actividad se indicará el procedimiento de su desarrollo.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1224

1. TÍTULO

CREACION DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

- Cuestionario de evaluación de cada sesión
- Encuesta de satisfacción a los participantes del taller al finalizar el programa
- Grado de cumplimiento y de adherencia a la actividad.

DURACIÓN

El programa tiene una temporalización de un año de duración de Enero de 2018 a Diciembre de 2018, tomando un descanso los meses de verano (julio/agosto)

DESARROLLO DEL PROGRAMA:

El programa se desarrollará en 20 sesiones de 50 minutos aproximadamente cada una, con una frecuencia quincenal y una participación óptima recomendable de 15 a 20 personas, que serán guiadas durante la actividad por dos profesionales sanitarios.

El grupo participante será elegido por el equipo multidisciplinar siguiendo los criterios del plan individual de rehabilitación (PIR)

Se trata de un proyecto piloto y de su repercusión, desarrollo, satisfacción y evaluación dependerá su continuidad. Tendrá un enfoque basado en el positivismo, la creatividad, participación grupal, la libertad de expresión y la flexibilidad.

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 - 2018/1391

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD. ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTAL

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ARTURO BIARGE RUIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUERRI LLES YOLANDA
GRACIA BERCCERO CONCEPCION
ELBOJ SASO MARTA
RIVARES MORCATE MARIA JESUS
FUSTER RAMON BEGOÑA
CARRERO BACIGALUPE ITZIAR
COARASA ALMENARA LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Constitución Comisión de Continuidad de Cuidados 27/09/17
Reuniones semanales de trabajo para la elaboración del documento Desde Sept 17'- Feb 18
Aprobación documento Abril 18'
Revisión externa Mayo 18'
Elaboración libro "CCC, Enfermera gestora de casos en SM"
ISBN-13 978-84-09-02788-0 (1.06.18)
Depósito legal: HU 95 - 2018 (4.06.18)
Elaboración presentación Power Point para difusión Diciembre 18
Presentación documento y programa en CRP Diciembre 18
Implantación Equipo de continuidad de Cuidados en la Comunidad Enero 19
Presentación documento y programa en CSM Grañen Enero 19
Presentación documento y programa en CSM Sariñena Enero 19
Presentación documento y programa en HSJ Enero 19'
Presentación documento y programa en CSM Almudevar Febrero 19

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado las actividades según el calendario establecido.

Indicadores

Derivación % solicitudes con tiempo de respuesta igual o menor de 72h hábiles
Acogida y valoración % personas con las q se contacta en 7 días telefónicamente
% personas satisfechas con la acogida y valoración
Plan de seguimiento % personas adheridas al programa (acuden a citas sucesivas)
% cumplimiento de intervenciones programadas
% personas satisfechas con el proceso de intervención
Coordinación % reuniones mensuales realizadas
% informes realizados

(No es posible presentar resultados al ser reciente la implantación. Implantación/inicio Proyecto de la Continuidad de Cuidados Comunitarios el 8 enero 2019)

Dotación de una Enfermera Especialista en SM como Enfermera Gestora de Casos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo ha sido muy positiva y de gran valía profesional en el día día, al igual de la necesidad de mantener dicho Servicio para la mejora de calidad de la atención al usuario.

Lo que queda pendiente es hacer una evaluación del los objetivos alcanzados una vez se lleve un periodo de implantación adecuado.

La sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replica con del 100%.

El proyecto ya está implantado y dotado de personal de Enfermería, al igual de su implantación y en la actualidad ya está funcionado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1391 ===== ***

Nº de registro: 1391

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1391

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD. ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTAL

Título

ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTALCONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD ENFERMERA

Autores:

BIARGE RUIZ ARTURO, GUERRI LLES YOLANDA, GRACIA BERCERO CONCEPCION, ELBOJ SASO MARTA, RIVARES MORCATE MARIA JESUS, FUSTER RAMON BEGOÑA, CARRERO BACIGALUPE ITZIAR, COARASA ALMENARA LORENA

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

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Trastorno Mental Grave
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad, nos encontramos en una nueva fase de los procesos de la reforma psiquiátrica, en la que el objetivo de la misma no está dirigido a la anulación de estructuras arcaicas sino a fomentar la atención comunitaria y la coordinación entre los diferentes servicios y profesionales, favoreciendo la continuidad de la atención hacia esta población.

Este proceso debería estar centrado en la implantación y desarrollo de medidas que mejoren la calidad de vida de estos pacientes y sus familias, y en ofrecer una atención integral a los mismos, con el objeto de prevenir o disminuir las hospitalizaciones asegurando una Continuidad de los Cuidados (C.C.) que favorezca la integración en el medio.

La C.C. se centra en atender las necesidades de los usuarios, especialmente en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad, que requieren intervención de la asistencia sanitaria, sin fragmentación entre los diferentes ámbitos asistenciales. Implica trabajar por procesos en un sistema cooperativo integrado por tres elementos esenciales: personas, entornos e información. A través de un modelo de comunicación entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales, se fijan unos objetivos específicos de cobertura, calidad, formación y evaluación, de acuerdo con las especificidades y prioridades de cada dispositivo.

Una característica básica que se atribuye a la continuidad de cuidados es la transversalidad, a partir de la cual los servicios asumirán como natural que en cualquier punto en el tratamiento de un paciente éste pueda recibir una variedad de servicios acorde a sus necesidades.

Estas aportaciones continuadas constituyen un elemento de integralidad que pueden cubrir distintas áreas:

- 1) Los programas terapéuticos deben ir encaminados a cubrir las necesidades holísticas de la persona (bio-psico-social), por ello los programas deben ser asumidos por un equipo terapéutico multidisciplinar.
- 2) La complejidad de los programas requieren una diversidad de servicios que posibiliten la creación de un clima de trabajo dinámico.
- 3) Consideramos las funciones de soporte y acompañamiento como parte fundamental para realizar la Continuidad de Cuidados.

Entre las distintas redes que interatuación se incluye a profesionales, usuarios, familiares y otros grupos sociales.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GENERALES

Constituir un marco de referencia para contribuir a mejorar y desarrollar la Continuidad de Cuidados en Salud Mental, basado en la coordinación como principal instrumento de trabajo en su vertiente tanto organizativa como asistencial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Diseñar los programas específicos para la coordinación de los Cuidados de Salud Mental entre los diferentes dispositivos de Salud Mental, así como con Atención Especializada, Atención Primaria y otros servicios necesarios para la intervención con el usuario.

Generar el documento que unifique lo relativo a la creación, desarrollo, funcionamiento y evaluación del Programa de Continuidad de Cuidados en Salud Mental.

MÉTODO

En Septiembre del 2017 se creó la Comisión de Continuidad de Cuidados donde se aprobó el Reglamento del funcionamiento interno de la Comisión, donde surgió el grupo de trabajo de expertos.

Durante el periodo de Septiembre 2017 a Febrero 2018 se han realizado 18 reuniones de coordinación con diferentes expertos de diferentes dispositivos de SM de las cuales ha resultado:

La elaboración del Programa de Continuidad de Cuidados

Se han realizado:

- 6 reuniones de la Comisión de Continuidad de Cuidados
- 18 reuniones del grupo de trabajo de expertos en SM
- Creación de un libro de "Continuidad de Cuidados en la Comunidad Enfermera Gestora de Casos en Salud Mental".

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1391

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD. ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTAL

ISBN-13 978-84-09-02788-0
Depósito legal : HU 95 - 2018

INDICADORES

Indicador-1: Pacientes psiquiátricos dependientes que reciben atención domiciliaria.

Fórmula: N° pacientes concriterios de inclusión

-----%

Pacientes con TMG candidatos

Indicador-2: reingresos hospitalarios

Fórmula: N° de reingresos hospitalarios en el programa de CCC

----- %

N° de ingresos hospitalarios totales

Indicador-3: Pacientes psiquiátricos atendidos en urgencias psiq.

Fórmula: : N° de pacientes CCC atendidos urgencias psiquiátricas

----- %

N° de pacientes atendidos en urgencias psiquiátricas

DURACIÓN

Aplicación del proyecto dentro de un equipo Asertivo Comunitario. Gestión de Casos Comunitarios en Septiembre 2018
(Vid documento a aportar con cronograma, actividades, edición del libro con protocolos...)

OBSERVACIONES

la creación de la CC en la Comunidad estaban dentro del CGP del CRP de Huesca 2017, con el n° de indicador 1.4.

Procesos de Enfermería, concretamente el 1.4.3.

Se pretende incluirlo dentro de los objetivos estratégicos del Departamento, CP del 2018, por lo que se está

elaborando un EAC Gestión de Casos del Sector.

Enfermería debería ser la que lidera dichas acciones de Cuidados de Continuidad de Cuidados Comunitarios dentro de un equipo multiprofesional y Coordinado por la figura de un Facultativo Psiquiatra.

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1082

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DEL TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL MORCILLO GRANADO
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. TERAPIA OCUPACIONAL
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANZ SANZ HELENA
MOREU MAZA DESIRE
VAL LOPEZ ROSARIO
CORDERO GONZALEZ AURELIA
ABARCA GRASA ANA
DE LA FUENTE UTRILLA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se realizan actividades manipulativas con diferentes utilidades y en función de las capacidades de cada usuario, enfocadas:
1º a las fiestas locales de San Lorenzo, para su venta en el CRP de Huesca y Hospital de San Jorge y Hospital Provincia. Se elaboran productos como abalorios, muñecos peñistas para camisetas, coleteros, pasadores...
2º las fiestas Navideñas, para su venta en el hospital San Jorge y en el CRP. Elaborando productos artesanales como centros de mesa, adornos para árboles navideños, postales.....
3º productos realizados bajo encargo como han sido jabones artesanales, photocall y decoración de delantales.
-Reunión del personal con el grupo de usuarios que participan para presentarles el proyecto y recoger sus aportaciones.
-Se pasan la evaluación inicial (expectativas del usuario).
-Evaluaciones intermedias con los usuarios, posteriores al cierre de ventas
-Reuniones con los usuarios de forma periódica para tomar decisiones sobre la marcha del taller, productos a trabajar, valoración de lo que se va haciendo, responsabilidades de cada uno, planteamiento de fechas (planificación).
-Reuniones periódicas del equipo del proyecto para ir valorando dificultades y posibles modificaciones.
- Reunión final personal y usuarios para cerrar el proyecto.
- Reunión y planificación para la compra de material e ir a comprarlo.
- Todas estas actuaciones se han llevado a cabo dentro de los tiempos establecidos para su realización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Señalar el resultado alcanzado y su relación con el standard marcado. Indicar el impacto del proyecto y los indicadores utilizados, incluyendo su fuente y método de obtención.
- Compromiso del taller por parte de los usuarios:
Se planifica 2/3 sesión semanal, dependiendo de la demanda, de 90 minutos englobada dentro del resto de actividades terapéuticas de la unidad x100= 100%, lo que indica alto compromiso con el proyecto.
- Mejora de la estructuración del tiempo vital y facilitación de desarrollo de relaciones y redes sociales.
Indicadores:
o Asistencia y puntualidad, a través de registros. 95% del total de usuarios, acudiendo con puntualidad.
o Cooperación y trabajo en equipo,, 97% presentan capacidad para trabajar en grupo y el 3% presentan mayor dificultad trabajando en grupo por lo que se individualiza.
o Se observa mejoría en las competencias manipulativas y cognitivas, (atención, memoria de trabajo, planificación y toma de decisiones).
- Mejora de la satisfacción personal, evaluado a través de encuestas de satisfacción. Todos los pacientes muestran satisfacción con el taller, el 83,5% muestran satisfacción elevada y el 16,5 %, moderada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto se ha llevado en su totalidad en los plazos establecidos, consiguiendo los objetivos planificado. En general los usuarios se muestran satisfechos con el taller y con la venta de los productos elaborados, afecto así a su mejora psicopatológica.
Valoramos por su buen funcionamiento y aceptación de los usuarios, que quede instaurado en el centro como actividad terapéutica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1082 ===== ***

Nº de registro: 1082

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1082

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DEL TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Título

CONTINUIDAD DEL TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Autores:

MORCILLO GRANADO MARIA ISABEL, MOREU MAZA DESIREE, VAL LOPEZ ROSARIO, ABARCA GRASA ANA, ESPAÑOL ROSEL BEATRIZ, GOMEZ MORATE ESPERANZA, CORDERO GONZALEZ AURELIA, SANZ SANZ HELENA

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

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este proyecto de mejora viene a ser la continuidad del proyecto de mejora "Creación de un taller preocupacional como actividad terapéutica dentro del programa de rehabilitación del CRP de los Milagros desarrollado en este centro desde el 2015.

La actividad productiva sirve por si misma como elemento organizador de la vida cotidiana, como estímulo al desarrollo cognitivo y como vehículo de relaciones sociales.

RESULTADOS ESPERADOS

Debido al éxito obtenido durante este año, podemos decir que la actividad productiva ha tenido un impacto positivo en sus vidas, y que ha servido para fortalecer la autoestima, la adquisición del rol de trabajador, mejorar las habilidades y su calidad de vida.

Todos los objetivos marcados en el proyecto anterior fueron alcanzados, reunido el equipo de mejora consideramos muy importante continuar con el proyecto para mantener los objetivos e incorporar a nuevos participantes.

MÉTODO

Sesiones formativas, relacionados con la adquisición de habilidades para la elaboración de productos y realización de trabajos
Actividades productivas, en función de las demandas y de las capacidades de las personas (abalorios, fieltros, madera....)

Gestión y exposición de los productos en la comunidad (Hospital Provincial, Hospital San Jorge)

Colaboración con otras entidades, experiencias similares en otros dispositivos de Salud Mental

Reconocimiento al esfuerzo, les permitirá sentirse miembros activos y valorados.

INDICADORES

1- Grado de cumplimiento:

cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:

Nº de reuniones de trabajo realizadas/Nº de reuniones previstas x 100

Nº de pacientes que comienzan la actividad y número de pacientes que la completan

2- Escala Virtuales de Satisfacción (usuarios) al principio y termino del proyecto

3- Existencia del producto artesanal y presentación en la comunidad.

DURACIÓN

1ª FASE DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 2018.

Evaluación previa, trabajo con pacientes 1 sesión /semana, reuniones mensuales del equipo, elaboración de los productos y 1ª presentación en comunidad para San Lorenzo. En septiembre evaluación de resultados hasta el momento.

2ª FASE DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2018:

Se mantiene igual, excepto que la producción ira encaminada a las fiestas de Navidad.

3ª FASE DE ENERO A MAYO DE 2019:

Se continuara igual con producción especifica según fechas señaladas. Y se pasara encuesta satisfacción/expectativas. Evaluación final y memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1082

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DEL TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

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 - 2018/1033

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL JUEGO Y LAS NUEVAS TECNOLOGIAS AUDIOVISUALES COMO ESTIMULACION SENSORIAL Y FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA DE LA FUENTE UTRILLA
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COARASA ALMENARA LORENA
MARTINEZ FAU JUANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Dentro de la Rehabilitación en pacientes con Trastorno Mental Grave en Unidades de Larga Estancia es imprescindible potenciar las capacidades conservadas para favorecer la autonomía. En cuanto al campo del ocio hay que destacar la actualidad, atractivo y gran difusión de los videojuegos. Las novedades tecnológicas aplicadas a la videoconsola, como la Nintendo Wii, proporcionan nuevas formas de jugar en las que se pueden mejorar y entrenar habilidades motoras en un contexto motivador.

Propusimos crear un programa de estimulación cognitiva, física y sensorial mediante la utilización de la videoconsola Nintendo Wii y los juegos Wii Sports y Brain Games. Para ello se adecuó una sala de estética interactiva con el soporte previamente mencionado, decoración relacionada con la multimedia y mobiliario confortable con el fin de crear un ambiente propicio para el uso y disfrute de estos juegos.

Se inició el proyecto en Julio de 2018 con un total de 6 participantes que ya habían tenido contacto con los videojuegos previamente y aceptaron participar libremente. Cada sesión se llevó a cabo con la presencia de la terapeuta ocupacional y una enfermera/TCAE que dirigían la actividad. Se pasó el test MOCA a cada participante previamente al inicio de las sesiones.

La actividad permite trabajar los aspectos relacionados con la actividad física, atención, coordinación óculo-manual, ritmo y equilibrio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizaron un total de 5 sesiones de 60 minutos de duración con los juegos Wii Play y Wii Fifa que teníamos en ese momento, tras la cuales, los pacientes perdieron el interés, principalmente, por las dificultades de adaptación al juego y el hecho de que no les gustaba competir entre ellos, lo que les provocaba frustración y ganas de abandonar el juego al poco rato de haberlo iniciado. En la mayoría de las ocasiones se abandonaba la actividad antes de la hora de finalización.

Hay que destacar que los pacientes que integraban este proyecto presentaban unos niveles previos de apatía, abulia e inactividad altos, sumado al hecho de que tienen dificultades también a la hora de socializar con otras personas. De todas formas, valoraban la novedad y el ambiente creado para la inmersión en el juego. Al poco tiempo, el sensor de la consola se estropeó, por lo que no se podía jugar. Debido a esto y también al cambio de terapeuta ocupacional en el servicio se decidió parar las sesiones y repensar el proyecto para tener más éxito en un intento futuro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido a lo comentado anteriormente, con la videoconsola ya arreglada, se decide dar un nuevo enfoque y buscar una nueva población diana, creando grupos más homogéneos y con gustos similares que puedan reforzarse entre sí y estimular la continuidad. Igualmente, empezar con sesiones más cortas de unos 30 minutos 2 veces a la semana para ir integrando la dinámica y evitar agobios.

Se propone un grupo exclusivo de mujeres, otro de personas menores de 35 años y otro de personas mayores de 45 años.

Los indicadores serían los mismos que en el proyecto original: indicador de seguimiento (adherencia al taller), indicador de mejoría (puntuación en el juego al inicio y final del taller), indicador de mejoría (puntuación en el test MOCA al inicio y final del taller) e indicador de grado de satisfacción (evaluación al finalizar el programa).

7. OBSERVACIONES.

La responsable del proyecto pasa a ser Cristina De la Fuente Utrilla, Terapeuta Ocupacional.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1033 ===== ***

Nº de registro: 1033

Título
UTILIZACION DEL JUEGO Y LAS NUEVAS TECNOLOGIAS AUDIOVISUALES COMO ESTIMULACION SENSORIAL Y FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1033

1. TÍTULO

UTILIZACION DEL JUEGO Y LAS NUEVAS TECNOLOGIAS AUDIOVISUALES COMO ESTIMULACION SENSORIAL Y FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Autores:

MOREU MAZA DESIREE, COARASA ALMENARA LORENA, ALEGRE GUERRA BEATRIZ, FAU MARTINEZ JUANA MARIA

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

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La apatía, la abulia, la inactividad física y la institucionalización (con la falta de estimulación que conlleva), son elementos muy presentes en muchos pacientes con trastorno mental grave, que condicionan de manera muy negativa su día a día.

Dentro de la rehabilitación en pacientes con Trastorno Mental Grave es imprescindible potenciar las capacidades conservadas para favorecer su autonomía. Dentro del campo del ocio hay que destacar la actualidad, atractivo y gran difusión de los videojuegos Las novedades tecnológicas aplicadas a la videoconsola, como la Nintendo Wii, proporcionan nuevas formas de jugar en las que se pueden mejorar y entrenar habilidades motoras en un contexto motivador.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos que se esperan conseguir con este proyecto son mejorar la coordinación, movilidad y resistencia, mejorar las capacidades cognitivas como son la atención, memoria, fluidez verbal, poner en contacto tanto a jóvenes como a mayores con las nuevas tecnologías de una manera lúdica favoreciendo la adherencia a la actividad.

Población diana: usuarios ingresados en la Unidad de Larga Estancia del CRP Santo Cristo de los Milagros en los que se observa apatía y desinterés por las actividades del centro, sin límite de edad.

MÉTODO

Programa de estimulación cognitiva, física y sensorial mediante la utilización de la videoconsola Nintendo Wii y los juegos Wii Sports y Brain Games.
La actividad se llevará a cabo con una frecuencia de 2-3 veces a la semana en sesiones de 60 minutos.
Cada sesión estará dirigida por el equipo de terapia ocupacional/enfermería, con una valoración inicial por parte de la terapeuta ocupacional del centro.
La actividad se realizará a través de estos videojuegos que permitirán trabajar los aspectos que más interesen en cada usuario (actividad física, atención, coordinación óculo-manual, ritmo, equilibrio...).
El número de usuarios será de 6-8 por sesión.

INDICADORES

Indicador de seguimiento: adherencia al taller. Evaluación a los 6 y 12 meses.
Indicador de mejoría: puntuaciones de los juegos al inicio y final del taller. Evaluación a los 6 y 12 meses.
Indicador de mejoría: puntuación en el test MOCA al inicio y final del taller.
Indicador de grado de satisfacción: evaluación al finalizar el programa.

DURACIÓN

Inicio en Junio 2018.
Con una evaluación semestral y anual de la actividad.

OBSERVACIONES

Se ha habilitado una estancia del centro para la realización de esta actividad con una ambientación y decorado atractivos que favorezcan un clima agradable y distendido.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0746

1. TÍTULO

DOCUMENTO "RECOMENDACIONES EN FRACTURA DE CADERA"

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE JOSE GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOBO ESCOLAR ANTONIO
FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO
VILA MENGUAL MARIA FRANCISCA
LACALLE AICUA LAURA
PANIEGO LOPEZ ANA
UBIS DIEZ ELENA
PERALTA GASCON ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones de todos los integrantes del grupo en los meses de mayo, septiembre y diciembre para consensuar los puntos asignados a cada miembro del grupo que los había elaborado previamente. Tras la elaboración y consenso del Documento en el mes de diciembre, presentación a cada uno de los servicios en el mes de enero de 2019 y puesta en marcha del documentado tras la presentación del mismo a la Dirección del Hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El primer resultado ha sido la elaboración del documento.
Los resultados marginales eran conseguir una estancia preoperatoria menor de 48 horas en el 30-40% de los pacientes, y ha sido en el 49% de ellos, y una estancia preoperatoria menor de 72 horas en el 50-60% de los pacientes, y ha sido en el 66% de ellos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cualquier trabajo realizado por un equipo multidisciplinar es enriquecedor para todos los miembros del equipo y esto se traslada a una mejora en la atención al paciente. Al presentar el documento en los Servicios implicados y someterlo a una revisión crítica por parte de los mismos garantiza su cumplimiento actual y futuro, pese a posibles cambios dentro del Servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/746 ===== ***

Nº de registro: 0746

Título
DOCUMENTO "RECOMENDACIONES EN FRACTURA DE CADERA"

Autores:
GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE, LOBO ESCOLAR ANTONIO, FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO, VILA MENGUAL MARIA FRANCISCA, LACALLE AICUA LAURA, PANIEGO LOPEZ ANA, UBIS DIEZ ELENA, PERALTA GASCON ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejoría clínica/coordinación asistencial

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La fractura de cadera es un proceso que genera un elevado consumo de recursos y en el que se ven implicados un numero importante de profesionales de distintos servicios, por lo que debe existir una correcta coordinación para conseguir resultados eficientes. Con este fin se elaboro en el año 2011 un documento titulado "Recomendaciones en fractura de cadera", que con el paso de los años precisa una revisión profunda. En estos años transcurridos se han producido cambios significativos en la terapia anticoagulante con aparición de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0746

1. TÍTULO

DOCUMENTO "RECOMENDACIONES EN FRACTURA DE CADERA"

nuevos fármacos con acción distinta a los antivitamina K clásicos. Así mismo en estos años se ha producido una significativa remodelación en los servicios implicados en la atención al proceso de fractura de cadera.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir la variabilidad existente en la atención de la fractura de cadera.

Actualizar el documento previo de "Recomendaciones en fractura de cadera".

Mejorar la coordinación entre los diversos servicios participantes en el proceso de fractura de cadera, mejorando los resultados clínicos, con una correcta adecuación de los recursos existentes.

MÉTODO

Revisión del documento actual "Recomendaciones en fractura de cadera", aportación por cada uno de los profesionales implicados las modificaciones que se consideren oportunas. Reuniones para consensuar los cambios propuestos. Se estiman dos reuniones presenciales, además del intercambio de correos electrónicos. Reunión de presentación a los servicios afectados del documento una vez finalizado.

INDICADORES

Realización del documento

Porcentaje de pacientes con una estancia prequirúrgica menor de 2 días

DURACIÓN

Revisión del documento anterior, mayo 2018

Aportación cambios, junio 2018

Consensuar cambios, julio y agosto 2018

Presentación documento, ultimo trimestre 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 - 2018/0797

1. TÍTULO

REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL TRAS UN ICTUS

Fecha de entrada: 23/01/2019

2. RESPONSABLE PAZ CRISTINA SANCHEZ LECINA
· Profesión TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

QUILEZ PINA RAQUEL
DOZ PEREZ NIEVES
NARVION CARRIQUIRI ADRIANA
SOLER FRIAS CATERINA
ORTAS SOLER MARIA CRUZ
OTAL PUEYO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha creado un manual para mejorar la seguridad de los pacientes en el hogar.
- Se ha entregado la guía junto al informe de alta para que tenga acceso a ella los familiares.
- Se ha explicado la guía a los pacientes.
- Se ha entrevistado a la familia para conocer el entorno y aconsejar las adaptaciones oportunas para mejora la seguridad y autonomía de los pacientes.
- Se ha entrenado a los usuarios en el uso de ayudas Técnicas y adaptaciones.
- No se ha entregado la guía a los pacientes que por reagudización clínica han ingresado en planta

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pacientes con ictus que acuden a HDG y se les ofrece la guía 98% (el estándar propuesto es el 90%)
Familiares con ictus que acuden a HDG y se les ofrece la guía 92% (el estándar propuesto es el 90%)
Entornos adaptados a la nueva situación 70% (el estándar propuesto es el 50%. Contando como entorno adaptado los pacientes viven en residencia).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto nos ha ayudado a conocer al usuario de forma global, pudiendo observar sus dificultades y capacidades y como se desenvuelve en su entorno.
Conocer si generaliza el tratamiento que se ofrece en HDG en las actividades de la vida diaria, para mejorar su recuperación funcional.
Sería interesante revisar la guía para introducir conceptos e información relativo al manejo del paciente en el hogar

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/797 ===== ***

Nº de registro: 0797

Título
REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL TRAS UN ICTUS

Autores:
SANCHEZ LECINA CRISTINA, QUILEZ PINA RAQUEL MARIA, DOZ SAURA NIEVES, NARVION CARRIQUIRI ADRIANA, SOLER FRIAS CATERINA, ORTAS SOLER MARIA CRUZ, OTAL PUEYO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0797

1. TÍTULO

REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL TRAS UN ICTUS

PROBLEMA

El ictus es la primera causa de discapacidad en el mundo. Su incidencia en Aragón esta en torno al 7% en los mayores de 65 años. La repercusión en las personas es bastante llamativa, dado que la mayoría de los supervivientes sufren alguna incapacidad, que les dificulta su vida diaria. La nueva ocupación de cuidador implica una carga emocional y física que puede alterar su rutina y afectar a múltiples niveles. Desde Hospital de Día Geriátrica (HdG) trabajamos en la fase subaguda donde puede existir una mejoría a medio-largo plazo, gracias a la reorganización cerebral que puede ser modulada por técnicas de rehabilitación a través de la plasticidad cerebral. Y una vez estabilizado el cuadro valoramos la adaptación del entorno a las funciones conservadas para dar al paciente la mayor independencia posible disminuyendo la posibilidad de institucionalización, minimizando las complicaciones y con ello disminuyendo el coste sanitario global. Este proyecto pretende generalizar el tratamiento que se realiza en HdG al entorno del paciente para ello se realizara una guía informativa para familiares y pacientes que les ayude a entender mejor el proceso y a ayudar en la recuperación funcional y cognitiva de la persona. Sin duda no son recetas únicas que se puedan emplear del mismo modo en todas las personas que hayan sufrido un ictus y con cada paciente será necesario una evaluación individualizada de su situación y una entrevista para explicar de manera adecuada las particularidades de su proceso concreto.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO:

El objetivo es dar una guía que ayude al paciente y su familia en la integración óptima dentro de su entorno habitual, con el mayor grado de autonomía posible.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Evitar conductas, movimientos, "vicios" que puedan perjudicar la recuperación funcional del paciente
Educar a los familiares en la asistencia y ejecución de las Actividades Básicas de la Vida Diaria del paciente recién dado de alta hospitalaria y que se encuentra en tratamiento de recuperación funcional en Hospital de Día de Geriátrica
Disminuir la ansiedad de cuidadores y pacientes mejorando sus condiciones de salud.

MÉTODO

Crear un tríptico que contenga breves indicaciones para estimulación y posicionamiento de hemicuerpo pléjico a través de imágenes e instrucciones escritas, y un Manual con consideraciones dentro del hogar para la seguridad y bienestar del familiar afectado.

El tríptico será entregado y explicado en las primeras sesiones al paciente

Mantener entrevista con familiares para informar sobre realización de higiene, alimentación, vestuario, movilización, traslados y las ayudas técnicas que precisará.

Mostrar el uso de ayudas técnicas y ofrecer información de como obtenerlas.

Entrenar a los pacientes en actividades de vida diaria de forma segura para evitar lesiones y mejorar la independencia

INDICADORES

% de pacientes con ictus que acuden a HdG a los que se les ofrece la guía (90%)

% de familiares con ictus que acuden a HdG a los que se les ofrece la guía (90%)

% de entornos adaptados a la nueva situación (50%)

DURACIÓN

Mayo-Agosto: Creación de guía para la recuperación de los pacientes con ictus

Agosto: Diseño de un registro de intervenciones del equipo de HdG

Septiembre-Diciembre: Puesta en practica de la guía

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 - 2018/0799

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRIA (HDG)

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL QUILEZ PINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ LECINA PAZ CRISTINA
DOZ SAURA NIEVES
NARVION CARRIQUIRI ADRIANA
SOLER FRIAS CATERINA
OTAL PUEYO ELENA
ORTAS SOLER MARIA CRUZ
GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se ha creado una guía de ejercicios multicomponente adaptados a la capacidad funcional de distintos grupos de pacientes ancianos teniendo en cuenta resultados en la escala SPPB
- Se ha dejado una carpeta para que todos los médicos del servicio tengan acceso a esta documentación y así poder entregarla a otros pacientes que no acuden a Hospital de Día de Geriatria, pero puedan beneficiarse de la realización de dichos ejercicios.
- Se ha explicado la guía de ejercicios a los pacientes y se les han enseñado ejercicios durante su estancia para que los continúen de manera ambulatoria al alta de cara a un mantenimiento de situación funcional.
-Se ha incluido en la valoración geriátrica de ingreso y alta: Tinetti (equilibrio y marcha), MNA, MEC, Pfeiffer, SPPB, Velocidad de la marcha, Barthel y dinamometría.
- Se ha dado a los pacientes recomendaciones para prevención de caídas en función de resultados de escalas
-Se ha realizado bioimpedanciometria para detección de sarcopenia en los pacientes que se estimaba oportuno y no tenían contraindicación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de pacientes a los que se les entrega guía de ejercicios del total de pacientes con sarcopenia (85%)
90% el estándar propuesto es el 85%
% de pacientes en los que aparece el diagnóstico de sarcopenia
10% (no se había propuesto estándar; en bibliografía recogida en torno 10-30%)
% de pacientes a los que se les realizan todos los test
95% el estándar propuesto es el 80%
% de pacientes que no tienen contraindicación para realización de bioimpedanciometria y se les realiza
50% el estándar propuesto es el 75%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto nos ha ayudado a conocer la prevalencia de obesidad sarcopénica y sarcopenia existente en nuestros pacientes ancianos que habitualmente esta infradiagnosticada e infratratada.

En las consultas de revisión hemos preguntado a los pacientes si continúan haciendo los ejercicios aprendidos y entregados; encontrando una baja adherencia por lo que debemos reforzar de algún modo este punto esencial (llamadas? Insistir en su importancia en cada consulta? Involucrar más a familiares?).

La nutrición es un pilar muy importante también en el tratamiento de esta patología por lo que debemos insistir más en la adecuación de la dieta a las necesidades y gustos; suplementando cuando sea preciso.

Deberíamos realizar también bioimpedanciometria al alta para ver de una manera objetiva la ganancia muscular conseguida con la terapia de recuperación funcional realizada en Hospital de Día. Y podría ser interesante también repetirla en consulta de revisión para ver si se ha mantenido la ganancia.

7. OBSERVACIONES.

No se ha cumplido el objetivo propuesto de realización bioimpedanciometria en parte por problemas técnicos informáticos.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/799 ===== ***

Nº de registro: 0799

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0799

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA (HDG)

MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA (HDG)

Autores:
QUILEZ PINA RAQUEL MARIA, SANCHEZ LECINA CRISTINA, DOZ SAURA NIEVES, NARVION CARRIQUIRI ADRIANA, SOLER FRIAS CATERINA, OTAL PUEYO ELENA, ORTAS SOLER MARIA CRUZ, GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Sarcopenia
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La sarcopenia es la pérdida de masa muscular esquelética por envejecimiento y contribuye en gran medida a la discapacidad y la pérdida de independencia del anciano. En su etiopatogenia se incluyen diversos mecanismos tanto intrínsecos del propio músculo como cambios del sistema nervioso central, además de factores hormonales y de estilo de vida. La sarcopenia está directamente relacionada con la fragilidad y tiene implicaciones etiopatogénicas en la obesidad, la resistencia a la insulina y la inflamación. De todas las alternativas terapéuticas, sólo el ejercicio físico multicomponente ha demostrado eficacia en incrementar la masa muscular esquelética, combinado o no con suplementación nutricional o con vitamina D.

RESULTADOS ESPERADOS

Reducción de la morbimortalidad asociada a la sarcopenia mejorando el pronóstico y la supervivencia
Promover la participación activa de familiares/cuidadores
Capacitar a los pacientes para mantener una alimentación saludable y realización de ejercicio físico multicomponente como parte de su actividad habitual.

MÉTODO

Población diana: Pacientes que acuden a recuperación funcional a Hospital de Día de Geriatría del Hospital Sagrado Corazón de Jesús
Realización de valoración geriátrica integral
Realización de bioimpedanciometría a los pacientes no portadores de prótesis metálicas ni marcapasos
Realización de medidas antropométricas (IMC, pliegues tricípital y subescapular, perímetro pantorrilla y brazo)
Medición de fuerza por dinamometría de mano dominante
Realización de escala Tinetti para valoración de marcha y equilibrio
Realización de escala SPPB
Realización de test cognitivos (MEC, Pfeiffer)
Medición situación funcional (Barthel)
Realización de test MNA para valoración de situación nutricional y clasificación en pacientes normnutridos, en riesgo y malnutridos
Adecuación farmacológica de los pacientes ancianos
Entrega de guía ejercicios físicos adecuados a la situación del paciente, basados en patología y SPPB, que serán similares a los realizados por el paciente durante su estancia en HDG para que los realice de manera ambulatoria

INDICADORES

% de pacientes a los que se les entrega guía de ejercicios del total de pacientes con sarcopenia (85%)
% de pacientes en los que aparece el diagnóstico de sarcopenia
% de pacientes a los que se les realizan todos los test (Tinetti, MNA, MEC, Pfeiffer, dinamometría, SPPB, Barthel) (80%)
% de pacientes que no tienen contraindicación para realización de bioimpedanciometría y se les realiza (75%)

DURACIÓN

Revisión bibliografía mayo 2018
Realización de guía ejercicios multicomponente adaptados a distintos SPPB junio-agosto 2018
Inclusión de estos test en la evaluación al ingreso de los pacientes que acuden a HDG a partir de septiembre 2018 de forma indefinida
Puesta en marcha de un programa de ejercicios multicomponente que se les entregara a los pacientes que acudan a HDG desde septiembre 2018 de forma indefinida

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0799

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRIA (HDG)

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 - 2018/0261

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS AL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CANCER (PDPCM) DE MAMA DE HUESCA

Fecha de entrada: 18/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL PUEYO MOY
· Profesión INFORMÁTICO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JARAMILLO GONZALEZ ROSA
ESCARIO MUR PILAR
CALVO PARDO AURORA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El cambio que supuso que el Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama de la Provincia Huesca pasara de dos a una persona para realizar las tareas administrativas, supuso una amenaza en la calidad del Programa y en la satisfacción de las usuarias, pero una oportunidad que obligó al equipo a innovar en la organización del trabajo y a utilizar las nuevas tecnologías para facilitar la accesibilidad de las pacientes. La buena voluntad de los profesionales es imprescindible, pero el trabajo diario no debe basarse en esa circunstancia, es necesario protocolizar las actuaciones, organizar el trabajo e identificar responsabilidades.

En este marco se creó un grupo de mejora formado por la Coordinadora del Programa, la responsable administrativa, la informática del Hospital y otra profesional de la administración del centro ubicada físicamente en el edificio anexo y que reunía una de las condiciones que hemos comentado era imprescindible pero no única: la buena voluntad y la motivación profesional.

- Se acordó y así se hizo desviar hacia la administración una de las dos líneas telefónicas con las que el PPCM cuenta y que estaban atendidas por una única persona

- Se instaló el acceso al Programa informático propio del PPCM desde la administración del Hospital (Edificio Anexo), para que se tuviera acceso desde el puesto de trabajo de administración.

- Se ha creado un gmail para utilizar el "drive", compartiendo un calendario donde se registran los huecos de citación y poderlos ocupar por usuarias que llaman por teléfono. La comunicación es en tiempo real entre los dos profesionales y en ningún momento se utilizan datos de carácter personal

- En los tres primeros meses de funcionamiento, al recepcionar las llamadas se realizó y se registró una pregunta / encuesta: ¿Es la primera vez que nos llama? ¿Cuántas veces lo ha intentado? (1, 2, >2)

- Se han registrado las reclamaciones vía telefónica, ya que no se ha conseguido que se documenten.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% reclamaciones (escritas, presenciales o telefónicas) por dificultades en el acceso / total de reclamaciones:

98.2% (no se han presentado reclamaciones escritas. Se han registrado llamadas tfno. y presenciales reclamando por las dificultades de acceso. Todas las reclamaciones han sido por el mismo motivo. Solo hubo una reclamación por problema de trato)

% de usuarias que han contactado telefónicamente al primer intento 68%

% de usuarias que han contactado telefónicamente al 2º intento 29.3%

% usuarias que han contactado telefónicamente con más de 2 intentos 2.7%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No se ha conseguido que ninguna usuaria presente reclamación escrita, aunque se ha instado a ello a numerosas pacientes que se quejaban por la dificultad de acceso telefónico.

No pareció ético retrasar la medida, y antes no se medía la dificultad de acceso, por lo que los indicadores miden la accesibilidad tras la implementación de las acciones.

Las situaciones difíciles aportan a veces oportunidades de mejora.

La innovación en la gestión no siempre requiere de medidas espectaculares, tenemos que aprender a abrir los ojos para ver con que medios a nuestro alrededor podemos contar

Ampliar los equipos de trabajo con personas motivadas profesionalmente consigue buenos resultados y aumenta la motivación en el trabajo aunque aumenten las cargas

Las medidas adoptadas han resultado útiles, mejorando la accesibilidad, pero no es suficiente

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/261 ===== ***

Nº de registro: 0261

Título
MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS AL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CANCER (PDPCM) DE MAMA DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0261

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS AL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CANCER (PDPCM) DE MAMA DE HUESCA

HUESCA

Autores:
PUEYO MOY MARIA ISABEL, JARAMILLO GONZALEZ ROSA MARIA, ESCARIO MUR MARIA PILAR, CALVO PARDO AURORA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actividades preventivas
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama de la Provincia Huesca ha contado con dos personas durante 15 años para realizar las tareas administrativas. Por circunstancias ajenas al Programa, desde septiembre de 2017 se ocupa de todas las tareas una auxiliar administrativa. Las tareas han cambiado a lo largo de estos años, eliminando el archivo físico que constituía una parte importante del trabajo. Por otra parte se han incorporado tareas nuevas más especializadas derivadas de la digitalización de las imágenes como el volcado de imágenes al PACS desde un disco duro extraíble donde se han almacenado las imágenes obtenidas en la Unidad Móvil de Mamografías. Una de las tareas que más tiempo requiere es la atención telefónica. Con una sola persona para dos líneas telefónicas no se puede dar una atención de calidad y se dificulta la accesibilidad al Programa.

RESULTADOS ESPERADOS

General: Mejorar la calidad asistencial en el PDPCM
Específicos:
Mejorar la accesibilidad de las usuarias al Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama
Aumentar la satisfacción de las usuarias con el PDPCM

MÉTODO

Acceso al Programa informático desde la administración del Hospital (Edificio Anexo), para que tenga acceso otra profesional que desarrolla habitualmente su trabajo en administración
Creado un gmail para utilizar el "drive", compartiendo un calendario donde se registran los huecos de citación y poderlos ocupar por usuarias que llaman por teléfono.
La comunicación es en tiempo real entre las dos profesionales y en ningún momento se utilizan datos de carácter personal
Al receptionar las llamadas se realizará y se registrará una Pregunta encuesta: ¿Es la primera vez que nos llama? ¿Cuántas veces lo ha intentado? (1, 2, >2)

INDICADORES

- % de usuarias que han contactado telefónicamente al primer intento
- % de usuarias que han contactado telefónicamente al 2º intento
- % usuarias que han contactado telefónicamente con más de 2 intentos
- % reclamaciones (escritas, presenciales o telefónicas) por dificultades en el acceso / total de reclamaciones

DURACIÓN

ABRIL 2018:
- Instalación de PPCM en ordenador de administración
- Desvió de llamadas a administración
OCTUBRE 2018:
- Análisis de los primeros datos y valoración de la mejora
DICIEMBRE 2018
- Análisis final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0261

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS AL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER (PDPCM) DE MAMA DE HUESCA

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 - 2018/0927

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE ABORDAJE DE LA DISFAGIA ORO-FARINGEA EN CSS SGDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

Fecha de entrada: 24/01/2019

2. RESPONSABLE MONICA GARCIA CORTES
· Profesión LOGOPEDA
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CHARTE GASCON MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de una Guía que incluye una hoja de ruta, en la que se plasman todas las actuaciones de los diferentes grupos implicados, de cara a la detección, exploración, tratamiento y comunicación de las medidas compensatorias y medidas de prevención de complicaciones secundarias a la disfagia.

Así mismo, se incluyen una serie de documentos que, a modo de plantilla, son cubiertos por las logopedas para informar en relación a las medidas compensatorias establecidas para cada paciente, tanto al personal del hospital como al propio paciente y sus familias.

Se ofrecen sesiones formativas al personal de enfermería y a auxiliares de enfermería, en las que las logopedas imparten formación sobre la disfagia, y presentan la Guía.

Las auxiliares de enfermería y el personal de enfermería responden a un cuestionario sobre el grado de conocimiento en torno a la disfagia y su manejo intrahospitalario antes y después de la realización de las sesiones formativas, para constatar el aprovechamiento de esas acciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Objetivos:

1. Mejorar la formación del personal sanitario en DO.

1.1. Impartir acciones formativas adaptadas a los grupos profesionales.

Indicador: -Realización de sesiones formativas.

Método de evaluación: -Cronograma acciones formativas.

Resultado: -4 sesiones formativas impartidas.

1.2. Aumentar el grado de conocimiento en relación a la DO.

Indicador: -Mejora en, al menos, un 20% del grado de conocimientos de las profesionales.

Método de evaluación: -Análisis de los resultados de los cuestionarios de evaluación previos y posteriores a la formación.

Resultado: - Mejora de un 21% en auxiliares de enfermería, y de un 35,8% en enfermeras.

2. -Mejorar la coordinación entre servicios.

2.1.-Presentar la guía de abordaje de la DO a los agentes implicados.

Indicador: -Realización de sesiones formativas.

Método de evaluación: -Cronograma acciones formativas.

Resultado: -4 sesiones formativas impartidas.

2.2.-Implementar modelos de comunicación por escrito entre logopedia y enfermería.

Indicador: -Realización de las sesiones formativas.

Método de evaluación: -Cronograma acciones formativas.

Resultado: -4 sesiones formativas impartidas.

Indicador 2: -Presentación de los modelos de comunicación entre profesionales.

Métodos de evaluación: -Guía de abordaje hospitalario de la DO en el HSCJ. -Cronograma acciones formativas.

Resultado: -Explicación y entrega de los modelos.

Indicador 3: -Entrega de las indicaciones a enfermería en, al menos, un 95% de los pacientes.

Método de evaluación: -Análisis de los resultados del registro de las intervenciones del equipo de Rehabilitación del HSCJ.

Resultado: -Se entregaron indicaciones sobre un 95,45% de los pacientes atendidos.

3. Mejorar la detección de los pacientes con DO.

3.1.-Comunicar grupos de riesgo y signos clínicos de DO a enfermería.

Indicador: -Realización de las sesiones formativas.

Método de evaluación: -Cronograma acciones formativas.

Resultado: -4 sesiones formativas impartidas.

Indicador 2: -Presentación de los documentos de grupos de riesgo y signos clínicos de DO.

Métodos de evaluación: -Guía de abordaje hospitalario de la DO en el HSCJ.

-Cronograma acciones formativas.

Resultados: -Explicación y entrega de los documentos.

4. Mejorar el tratamiento de la DO y reducir sus complicaciones derivadas.

4.1.-Formar al personal en relación a ello.

Indicador: -Realización de las sesiones formativas.

Método de evaluación: -Cronograma acciones formativas.

Resultado: -4 sesiones de formación impartidas.

4.2.-Mejorar la adaptación y seguimiento individual de las medidas compensatorias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0927

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE ABORDAJE DE LA DISFAGIA ORO-FARINGEA EN CSS SGDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

Indicador:-Presentación de los modelos de comunicación entre profesionales.

Método de evaluación:-Guía de abordaje hospitalario de la DO en el HSCJ.

-Cronograma acciones formativas.

Resultado:-Explicación y entrega de los modelos.

Indicador 2:-Entrega de las indicaciones a enfermería en, al menos, un 95% de los pacientes.

Método de evaluación: -Análisis de los resultados del registro de las intervenciones del equipo de Rehabilitación del HSCJ.

Resultado: -Se entregaron indicaciones sobre un 95,45% de los pacientes atendidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El escribir y estructurar el plan de mejora de este modo nos ha ayudado a su implementación y seguimiento. Hemos comprobado que la comunicación entre profesionales es de vital importancia para el abordaje de los pacientes con disfagia oro-faríngea. Nos gustaría investigar y cuantificar esta relación: el grado de información del resto de profesionales del paciente, con el grado de mejoría en el tratamiento de la disfagia oro-faríngea.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/927 ===== ***

Nº de registro: 0927

Título
ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE ABORDAJE DE LA DISFAGIA ORO-FARINGEA EN CSS SGDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

Autores:
GARCIA CORTES MONICA, CHARTE GASCON MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: DISFAGIA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La disfagia oro-faríngea es una de las principales causas de neumonía en la ancianidad, así como de desnutrición y deshidratación. Desde la unidad de Logopedia del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca, se evidencia la necesidad de mejorar el abordaje de este trastorno, tanto durante la hospitalización como al alta, para minimizar las complicaciones secundarias a la disfagia, y reducir así la duración de las estancias hospitalarias, y las rehospitalizaciones y fallecimientos causados por este trastorno

RESULTADOS ESPERADOS

- mejorar la formación del personal sanitario en disfagia
- mejorar la coordinación entre servicios
- mejorar la detección de los pacientes con disfagia
- mejorar el tratamiento de la disfagia
- reducir las complicaciones derivadas por la disfagia.

MÉTODO

Elaboración de una Guía que incluya una hoja de ruta, en la que se plasmarán todas las actuaciones de los diferentes grupos implicados, de cara a la detección, exploración, tratamiento y comunicación de las medidas compensatorias y medidas de prevención de complicaciones secundarias a la disfagia. Así mismo, se incluirán una serie de documentos que, a modo de plantilla, serán cubiertos por las logopedas para informar en relación a las medidas compensatorias establecidas para cada paciente, tanto al personal del hospital como al propio paciente y sus familias. Se ofrecerán sesiones formativas al personal de enfermería y a auxiliares de enfermería, en las que las logopedas impartirán formación sobre la disfagia, y presentarán la Guía. Las auxiliares de enfermería y el personal de enfermería responderán a un cuestionario sobre el grado de conocimiento en torno a la disfagia y su manejo intra-hospitalario antes y después de la realización de las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0927

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE ABORDAJE DE LA DISFAGIA ORO-FARINGEA EN CSS SGDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

sesiones formativas, para constatar el aprovechamiento de esas acciones .

INDICADORES

-Realización de sesiones formativas: >= 4

-Mejora del grado de conocimientos de las profesionales: > 20% tras la sesión formativa con respecto a test inicial

-Utilización de los modelos de comunicación entre profesionales: > 95% de pacientes ingresados con disfagia

DURACIÓN

PRIMER TRIMESTRE 2018: Elaboración de la Guía por parte de las Logopedas

SEGUNDO TRIMESTRE 2018: FORMACIÓN A PROFESIONALES

SEGUNDO SEMESTRE 2018. REGISTRO COMUNICACIÓN

EVALUACIÓN FINAL Y CORRECCIÓN DE VARIACIONES SOBRE LO PLANIFICADO EN DICIEMBRE.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1009

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE EL PERSONAL DE LOGOPEDIA Y LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON DISFAGIA

Fecha de entrada: 25/01/2019

2. RESPONSABLE MARTA CHARTE GASCON
· Profesión LOGOPEDA
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA CORTES MONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Elaboración de plantillas de comunicación para comunicar por escrito las medidas compensatorias y recomendaciones en torno a la deglución de cada uno de los pacientes con disfagia valorado y/o tratado en el servicio de logopedia: un documento será entregado al inicio del ingreso y otro al finalizar la hospitalización.

-Entrega de la documentación y explicación verbal de la misma a las familias de los pacientes con disfagia: tanto al inicio de la hospitalización como al alta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos:

-Mejorar el tratamiento de la disfagia oro-faríngea.
-Reducir las complicaciones derivadas por la disfagia.
-Mejorar la comunicación entre el servicio de logopedia y las familias de los pacientes con disfagia.

Indicador:

-Aumento en un año de, al menos, un 20% de las intervenciones a familias de pacientes con DO.

Método de evaluación:

-Análisis de los resultados del registro de las intervenciones del equipo de Rehabilitación del HSCJ.

Resultados:

-Se incrementó en un 48,21% el número de intervenciones a familias de pacientes con DO, con respecto al año anterior.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A través de este plan hemos comprobado la importancia de la comunicación con las familias de los pacientes con disfagia oro-faríngea, de cara a mejorar el tratamiento de la disfagia. Nos surge la idea de lo interesante que sería cuantificar esta relación: entre familia informada y pronóstico de la disfagia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1009 ===== ***

Nº de registro: 1009

Título
MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE EL PERSONAL DE LOGOPEDIA Y LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON DISFAGIA

Autores:
CHARTE GASCON MARTA, GARCIA CORTES MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Disfagia
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1009

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE EL PERSONAL DE LOGOPEDIA Y LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON DISFAGIA

PROBLEMA

La disfagia oro-faríngea es una de las principales causas de neumonía en la ancianidad, así como de desnutrición y deshidratación. Desde la unidad de Logopedia del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca, se evidencia la necesidad de mejorar el abordaje de este trastorno, tanto durante la hospitalización como al alta. Se ha detectado la necesidad de mejorar la comunicación entre el servicio de logopedia y las familias de los pacientes con disfagia, tanto durante la hospitalización de los enfermos con disfagia como al alta domiciliaria, para garantizar el seguimiento de las indicaciones dadas desde nuestro servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar el tratamiento de la disfagia oro-faríngea.
- Reducir las complicaciones derivadas por la disfagia.
- Mejorar la comunicación entre el servicio de logopedia y las familias de los pacientes con disfagia.

MÉTODO

-Elaboración de plantillas de comunicación para comunicar por escrito las medidas compensatorias y recomendaciones en torno a la deglución de cada uno de los pacientes con disfagia valorado y/o tratado en el servicio de logopedia: un documento será entregado al inicio del ingreso y otro al finalizar la hospitalización
-Entrega de la documentación y explicación verbal de la misma a las familias de los pacientes con disfagia: tanto al inicio de la hospitalización como al alta.

INDICADORES

-Aumento del número de intervenciones a las familias de los pacientes con disfagia: aumento de al menos un 20% con respecto al año anterior.

DURACIÓN

Primer semestre 2018: elaboración de los modelos de comunicación para las familias de los pacientes con disfagia.
Segundo semestre 2018: registro de las comunicaciones con las familias.
Diciembre 2018: Evaluación final y corrección de variaciones sobre lo planificado.

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 - 2018/0235

1. TÍTULO

USO DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO EN SITUACIONES DE LIMITACION DE MOVIMIENTO

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA MARTIN LAHUERTA
· Profesión MATRONA
· Centro H JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALLER CONDE MARIA
CARRASCO GARCIA MARIA DE LOS ANGELES
CEBRIAN RODRIGUEZ PATRICIA
FERRER POSA LAURA
GAZO ORTIZ DE URBINA ANA
HERRER PURROY LORENA
NAVARRO GIL CELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Compra de la lenteja (disco-sit), sufragada por los componentes del equipo de mejora.
Se realiza un manual de uso del disco sit, accesible a todo el equipo y de fácil interpretación.
Se elabora un cuestionario de recogida de datos y satisfacción de la usuaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las usuarias ven de forma positiva el uso del disco-sit cuando se les propone su uso.
Las mujeres usuarias de epidural son más participes de su parto y más conscientes del mismo al no encontrarse estáticas en la cama durante la dilatación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha del proyecto se vio dificultada por la carencia de un disco -sit apropiado en la unidad, por lo que los miembros del equipo de mejora sufragaron los gastos para comprar uno.
Se vió que la mejor forma de presentar el material y su uso no era una reunión con todo el equipo como se planteó al principio. Se valoró la posibilidad de realizar un manual de uso, ya que no requiere una técnica compleja ni dificultosa.
Queda pendiente recoger más datos que corroboren la consecución de los objetivos marcados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/235 ===== ***

Nº de registro: 0235

Título
USO DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO EN SITUACIONES DE LIMITACION DE MOVIMIENTO

Autores:
MARTIN LAHUERTA MARIA, ALLER CONDE MARIA, CARRASCO GARCIA MARIA DE LOS ANGELES, CEBRIAN RODRIGUEZ PATRICIA, FERRER POSA LAURA, GAZO ORTIZ DE URBINA ANA, HERRER PURROY LORENA, NAVARRO GIL CELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La pelvis materna tiene cierta capacidad de movimiento entre sus huesos. Los movimientos se producen en las articulaciones propias de la pelvis, provocando una modificación de su morfología interior por donde pasará el feto.

En el parto, la pelvis adapta su forma a la cabeza del bebé. Cada milímetro ganado facilita más su paso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0235

1. TÍTULO

USO DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO EN SITUACIONES DE LIMITACION DE MOVIMIENTO

Comprender que la pelvis se mueve y que deforma su interior significa un gran paso para no obstaculizar ese movimiento en el momento del parto.
En el medio hospitalario, el uso intraparto de la epidural está muy extendido. Tras su administración las mujeres dejan de adoptar posiciones que facilitan la apertura de su pelvis ya que los movimientos quedan prácticamente anulados, dificultando así el paso de la cabeza. A veces, a pesar de lograr dilatación completa el descenso de la cabeza no se efectúa por la limitación de movimientos y deriva en una cesárea o que el descenso sea "asinclítico" y precise un parto instrumental. El índice de cesáreas y partos instrumentados planteado por la Estrategia al Parto Normal (2012) para cumplir estándares de calidad se encuentra por debajo del 15%. En 2017, hemos reducido la tasa de cesáreas a un 20.6% con una tasa de instrumentación de 22.9%. Debido a la mayor morbilidad materno-fetal derivada de las intervenciones quirúrgicas se plantea un problema de salud que se presenta en pacientes (mujeres en trabajo de parto con analgesia regional) con unas necesidades específicas (limitación de la movilidad).
La esferodinamia facilita la dilatación, pero cuando se administra la epidural el proceso se suspende por la imposibilidad de la mujer de permanecer de pie de forma autónoma. La lenteja (disco-sit) permite la libertad de movimientos pélvicos, sustituyendo la esferodinamia clásica cuando no es posible tras la epidural, contribuyendo así a la dilatación y a la consecución de un parto eutócico. Posibilita el balanceo pélvico y el movimiento libre de las articulaciones de pelvis, columna y cadera, favoreciendo la ampliación de los diámetros pélvicos y evitando la contranutación sacra producida al estar apoyada contra una superficie dura (colchón) que dificulta el encajamiento de la cabeza.
Es por ello que nos planteamos el uso de una herramienta económica y accesible a nuestra población, que nos permita favorecer la biomecánica en el proceso de parto y así reducir las distocias de dilatación o expulsivo, derivadas de malposiciones fetales.

RESULTADOS ESPERADOS

- Facilitar la mecánica del parto (descenso, flexión, encajamiento, rotación interna) aumentando los diámetros pélvicos y permitiendo mayor elongación de ligamentos y articulaciones pélvicas tras la epidural.
- Disminuir las cesáreas y partos instrumentales como consecuencia de no descensos por distocias de rotación o no encajamiento de la cabeza.
- Hacer partícipe a la mujer de su parto, a pesar de la limitación de movimiento que la epidural produce, mediante la lenteja
- Incrementar la satisfacción de las mujeres en el proceso de nacimiento.
- Fomentar el uso de medidas no farmacológicas que permitan una mejor evolución del parto normal.

MÉTODO

La matrona ofrecerá a la mujer la posibilidad de usar la lenteja, instruyéndola y adaptando las posturas que crea oportunas en función de las exploraciones realizadas.
La paciente puede usarla sentándose sobre ella en la cama con las piernas cruzadas favoreciendo la entrada de la presentación fetal en la pelvis y descansar la espalda en la cabecera de la cama debidamente incorporada.
En decúbito lateral, la mujer se puede colocar encima de la lenteja; así el sacro está libre y la presión de la lenteja sobre la cresta ilíaca superior permite ampliar los últimos planos del canal del parto, favoreciendo el descenso y el inicio de la expulsión fetal.
En decúbito supino, la lenteja se puede colocar bajo la zona de la pelvis, debajo del sacro. Esto evita que el sacro quede fijado y pueda moverse con libertad.
La recogida de datos la realizarán las matronas del equipo durante el periodo establecido, en una ficha diseñada para tal actividad.

INDICADORES

- Nº partos instrumentados por distocia de rotación o no descenso: Nº partos intervenidos por distocia / total mujeres que usan la lenteja.
- Nº cesáreas con dilatación completa sin existencia de compromiso fetal previo: Nº cesáreas sin compromiso fetal/ total mujeres que usan lenteja
- Nº horas de dilatación: Nº horas dilatación de mujeres que usan la lenteja.
- Nº horas en expulsivo: Nº horas expulsivo de mujeres que usan la lenteja.
- Nº partos eutócicos: Nº partos normales con uso de lenteja / total de partos.

DURACIÓN

- Inicio: una vez confirmada la aceptación por la comisión de calidad.
- Preparación del personal: se reunirá al personal de paritorio para presentar el material y su uso en una sesión de una hora aproximadamente.
- Primera monitorización: 6 meses después del inicio
- Segunda monitorización: 12 meses después del inicio
- Finalización: Evaluación de resultados y valoración de implementación definitiva del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0235

1. TÍTULO

USO DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO EN SITUACIONES DE LIMITACION DE MOVIMIENTO

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 - 2018/1282

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECOGIDA Y REGISTRO DE DATOS EN EL PERIODO DE DILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO: NUEVO PARTOGRAMA DEL HOSPITAL DE JACA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ALLER CONDE
· Profesión MATRONA
· Centro H JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GAZO ORTIZ DE URBINA ANA
FERRER POSA LAURA
HERRER PURROY LORENA
SANMIGUEL VILLEGAS CARLOS MIJAIL
PRADAS SANZ MARIA
MARTIN LAHUERTA MARIA
MEDRANO LOPEZ ERIKA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una recopilación de partogramas de hospitales aragoneses, de hospitales de otras Comunidades Autónomas y se revisó el partograma recomendados por la OMS para el establecimiento de la recogida de datos de interés y de las líneas de acción en obstetricia.

Se establecieron reuniones periódicas con el servicio de obstetricia para establecer los datos a recoger en el mismo y posibles mejoras del partograma en uso. Fueron en total 4 reuniones con todo el equipo para la puesta en común.

Se acordó una reunión con supervisora y equipo de planta que recibe a la puérpera y al recién nacido en planta de hospitalización una vez se tuvo el boceto del partograma y los datos a registrar en la epicrisis del parto. Así queríamos mejorar la comunicación escrita con este servicio de cara a una mejora en la asistencia y en la efectividad de las actividades a realizar sobre la madre y el recién nacido incluyendo datos y registros de la estancia en puerperio inmediato.

Por último se presentó el nuevo partograma al servicio de pediatría que asiste en sala de partos para posibles mejoras en la recogida de datos en lo concerniente al recién nacido.

Se consensuó con servicio de documentación del Hospital San Jorge el procedimiento para enviar el nuevo partograma, maquetación y codificación con número de formulario para que pudiese ser suministrado por almacén con el resto de registros enfermeros oficiales utilizados en el Hospital de Jaca.

A día de hoy, el nuevo partograma, está enviado al servicio de documentación del Hospital San Jorge con el acuerdo de todo el equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha establecido un nuevo partograma para nuestra unidad de obstetricia del Hospital de Jaca para la mejor recogida y comunicación con los servicios que atienden a la madre y al recién nacido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La necesidad de un mejor registro en nuestro hospital tanto a nivel legal como a nivel funcional en relación al parto era una necesidad que se perseguían desde hacía tiempo. Con este proyecto se ha resuelto, con implicación de varios servicios, este registro y queda resuelta la demanda.

Queda pendiente la valoración tras la implementación del mismo, que no se incluían en este proyecto pero que se realizará en un continuo por seguir mejorándolo en caso de necesidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1282 ===== ***

Nº de registro: 1282

Título
MEJORA EN LA RECOGIDA Y REGISTRO DE DATOS EN EL PERIODO DE DILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO: NUEVO PARTOGRAMA DEL HOSPITAL DE JACA

Autores:
ALLER CONDE MARIA, GAZO ORTIZ DE URBINA ANA, FERRER POSA LAURA, HERRER PURROY LORENA, SANMIGUEL VILLEGAS CARLOS MIJAIL, PRADAS SANZ MARIA, MARTIN LAHUERTA MARIA, MEDRANO LOPEZ ERIKA

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1282

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECOGIDA Y REGISTRO DE DATOS EN EL PERIODO DE DILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO: NUEVO PARTOGRAMA DEL HOSPITAL DE JACA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
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.....:

PROBLEMA

El partograma es una herramienta para realizar un seguimiento del trabajo de parto, fue creada en el año 1954, desde entonces ha evolucionado incluyendo todo tipo de información. ayuda a monitorizar el trabajo de parto, se trata de una representación gráfica de los valores y de los eventos que se producen durante el parto, aparecen valores como los signos vitales de las parturientas, la frecuencia cardíaca de los fetos, el avance de la dilatación cervical, etc. Antes de Emmanuel Friedman no se había realizado ningún modelo exhaustivo de la evolución del trabajo de parto. Fue así que en 1954 él estableció el concepto de análisis gráfico del trabajo de parto

En 2008 el Ministerio de Sanidad elaboró la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al Parto normal en la que establece que el uso del partograma reduce los partos prolongados, el uso de oxitocina, las tasas de sepsis posparto y las tasas de cesáreas mientras que incrementa el índice de partos espontáneos. A su vez establece, con una recomendación A, que se utilice una línea de acción de 4 horas

En 2015, la OMS (Organización Mundial de la Salud) anunció esta herramienta como una de las más importantes en el campo de la atención obstétrica moderna, por ello, recomienda su uso a nivel universal.

En la actualidad, el Hospital de Alta Resolución del Pirineo cuenta con un partograma para la recogida de datos y para el seguimiento de la dilatación de manera efectiva y clara. La necesidad de una revisión del mismo se plantea por la mejora en el seguimiento de la dilatación, adecuarnos a las recomendaciones generales del Ministerio de Sanidad en su Guía de Práctica Clínica y establecer registros más exactos y de mayor utilidad para la continuidad de cuidados de la parturienta y del recién nacido.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto se dirige a la mejora de las condiciones obstétricas de las parturientas en trabajo de parto y un mayor control de los sucesos intraparto y periparto en recién nacidos con los siguientes objetivos:

-Disminuir la morbilidad y mortalidad maternoperinatal mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto y parto.

-Proveer a las matronas, personal médico y de un instrumento económico y asequible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto que ofrezca mejor información del proceso y de eventos anteparto a destacar.

-Prevenir o diagnosticar, o ambos, el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna.

-Reducir el índice de operaciones cesáreas y los resultados adversos perinatales mediante el establecimiento de líneas de alerta y de acción.

MÉTODO

- Se realizará una recopilación de diferentes partogramas de la Comunidad aragonesa y Comunidades vecinas y del partograma recomendado por la OMS.

- Se realizará una búsqueda bibliográfica para la adecuación a la evidencia científica sobre curvas de dilatación y fases.

- Se establecerán reuniones mensuales con el equipo de Obstetricia de Hospital de Jaca para poner en consenso los puntos o parámetros a modificar.

- Una vez se llegue al consenso de las modificaciones, se establecerá una reunión con el Servicio de Documentación de Sector de Huesca para establecer la maquetación del partograma y elaborarlo.

- Reuniones con el Servicio de Obstetricia postimplantación para nuevas revisiones y posibles modificaciones

INDICADORES

El indicador de consecución de objetivo lo marcará la puesta en marcha del nuevo partograma en nuestro servicio.

DURACIÓN

La duración del proyecto será de un año aproximadamente:

- Recopilación de partogramas : 1 mes

- Búsqueda bibliográfica: 1 mes

- Reuniones de Servicio : mínimo 2

-Maquetación por parte de Servicio de Documentación: en dependencia del mismo

- Puesta en marcha del nuevo partograma: 2 meses

- Reunión de revisión postimplantación: Al menos 1

- Correcciones, mejoras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1282

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECOGIDA Y REGISTRO DE DATOS EN EL PERIODO DEDILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO: NUEVO PARTOGRAMA DEL HOSPITAL DE JACA

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 - 2018/0938

1. TÍTULO

QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE EUGENIA PALANCA GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALADREN PEREZ BELEN
BORRA MOLINER ELISA
GONZALEZ GARCIA RICARDA
LACASTA VIVAS CARLOS
LAVILLA VILLAVERDE CARMEN
POVEDA SERRANO PILAR
SUPERVIA ALONSO ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Nos propusimos analizar desde el servicio de urgencias, mediante los siguientes indicadores las recomendaciones que elaboró la sociedad Española de Medicina de urgencias y emergencias (SEMES) sobre "Que no hacer", como objetivo principal de disminuir las intervenciones sanitarias innecesarias. Realizando un estudio observacional, descriptivo y de carácter retrospectivo analizando estos indicadores:

1. No colocar sondaje vesical a todos los pacientes que requieren el control de diuresis:

a. Revisar historia clínica electrónica (HCE) de los pacientes con diagnóstico de : Insuficiencia cardiaca, edema agudo de pulmón, shock, sepsis, hematuria, retención orina.

b. ¿Han utilizado sonda vesical?

c. Indicaciones para el uso de sonda vesical para el control de diuresis en estos pacientes:

- Pacientes graves que requieran control estricto de la diuresis sin poder asegurar la micción espontánea voluntaria.

- determinados procedimientos quirúrgicos.

- retención y obstrucción urinaria.

- excepcionalmente para mantener seco la zona genital como en el caso de escaras locales, introducir medicamentos con fines diagnósticos o terapéuticos, proporcionar una drenaje continuo o de lavado continuo de la vejiga.

d. Fórmula: n° pacientes a los que no se les coloca sonda urinaria para control de diuresis/n° de pacientes que se les debe controlar la diuresis x 100.

e. Estándar: 80%.

2. No realizar gasometría arterial a todo paciente con disnea:

a. Revisar HCE de los pacientes con diagnóstico de : insuficiencia cardiaca, EPOC, insuficiencia respiratoria, disnea, infección respiratoria, neumonía, insuficiencia respiratoria, asma, bronquitis.

b. ¿ Se ha realizado gasometría arterial?

c. Indicaciones de realización de gasometría arterial:

- EPOC

- Exacerbación moderada o grave.

- Constataciones de O₂ bajas y/o sospecha de hipercapnia o carbonarcosis.

- Si es necesario por inicio o control de VMNI.

d. Insuficiencia cardiaca grave.

e. Asma si existen signos de:

- Crisis grave o de riesgo vital.

- Mala respuesta al tratamiento.

- Pacientes que no se puede mantener saturación por encima de 90% a pesar de oxigenoterapia.

f. Fórmula: n° pacientes que acude a urgencias por disnea a los que no se les realiza gasometría arterial/n° pacientes atendidos en urgencias por disnea x 100.

g. Estándar: 80%

3. No realizar ecografía venosa de extremidades en pacientes con baja sospecha de trombosis venosa profunda (TVP) y dímero-D negativo:

a. Revisar HCE de los pacientes con diagnóstico de "dolor en extremidades", TVP.

b. ¿Se realizó determinación analítica de dímero D?.

c. Se calculó la probabilidad clínica-escala de Wells (escala de Puesto clínico hospitalario, PCH).

d. Se derivó a Hospital de referencia para hacer ecografía venosa.

e. En aquellos pacientes con probabilidad clínica baja y dímero negativo, no precisan prueba de imagen ya que excluye el diagnóstico con seguridad por la baja incidencia de acontecimientos trombóticos (0,7%) durante el seguimiento a los 3 meses.

f. Fórmula: n° pacientes que acuden a urgencias y a los que no se derivan y/o no realizan Eco doppler con baja sospecha de TVP (escala TVP en PCH (PCH)=0)/ n° de pacientes que acuden a urgencias con baja sospecha de TVP (escala TVP de PCH=0)x 100.

g. Estándar: 90%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0938

1. TÍTULO

QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

4. No administrar plasma o concentrados de complejo de protrombina en una situación de no emergencia para revertir los antagonistas de la vitamina K:

- Revisar HCE de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva, hematuria, sangrado que requiera intervención quirúrgica por ejemplo el politraumatizado y además si están tomando sintrom, warfarina).
- ¿Se ha administrado protomplex/plasma?.
- Los concentrados de complejo de protombina sólo se deben utilizarse en pacientes con hemorragia grave y en aquellos que necesitan cirugía urgente. Plasma sólo debe utilizarse en este contexto si los concentrados de protombina no están disponibles o están contraindicado.
- Formula: nº de pacientes a los que no se les ha administrado plasma o concentrado de complejo de protombina para revertir a los antagonistas de la vitamina K atendidos en situación de no emergencia/nº de pacientes en tratamiento con antagonistas de de la vitamina K atendidos en situación de no emergencia x100.
- Estándar: 90%.

5. No se debe colocar una sonda nasogástrica (SNG) de forma rutinaria a todas las hemorragias digestivas:

- Revisar HCE de hemorragia digestiva alta y baja, valorar si se ha puesto SNG o no.
- Su colocación raramente modifica el manejo del paciente con hemorragia digestiva, no tiene capacidad de predecir la necesidad de tratamiento endoscópico, no tienen impacto de resultados, no cambia actitudes clínicas, puede asociarse a un importante número de complicaciones.
- Formula: nº de pacientes a los que no se les coloca SNG antes hemorragia digestiva/nº de pacientes que acuden a urgencias con hemorragia digestiva x100.
- Estándar: 95%.

Se han difundido todos estos datos, entre los profesionales de urgencias y de hospitalización y las recomendaciones de las Semes mediante sesiones clínicas. En la primera sesión clínica realizada en noviembre/18 además se explicó los objetivos de este trabajo de calidad y posteriormente tras la recogida y análisis de datos se ha hecho otra sesión clínica en enero/19 para exponer los resultados obtenidos y a que conclusiones se ha llegado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A.Muestra a estudio:

La población a estudio la formarán todos aquellos pacientes mayores de 14 años de edad que tienen como primer diagnóstico en el servicio de urgencias del Hospital de Jaca, los antes mencionados en el periodo comprendido desde el día 1 de septiembre del 2017 al día 30 de septiembre del 2018.

B. Descripción de la muestra.

Se obtuvo una muestra de 778 pacientes distribuidos, según el diagnóstico, de la siguiente manera:

- insuficiencia cardíaca :149
- edema agudo de pulmón:8
- shock :9
- sepsis :29
- disnea: 33
- EPOC : 49
- insuficiencia respiratoria :35
- infección respiratoria : 54
- neumonía: 99
- bronquitis :135
- asma :31
- dolor de extremidad : 16
- edema de extremidad : 4
- TVP :10
- hemorragia digestiva alta : 18
- hemorragia digestiva baja : 11
- ascitis : 6
- politraumatizado : 5
- hematuria : 42
- retención de orina : 34

De esos 778 pacientes, 457 eran hombres (58,7%) y 321 mujeres (41,3%).

En relación a la edad, la mayoría de los participantes tenían entre 78 y 98 años (47%), siendo el siguiente grupo de edad más numeroso, con un 28,5%, el que comprendía el intervalo entre 57-77 años. Así mismo, siguiendo la tendencia descendente en cuanto a frecuencia, se situarán con un 16,1%, 7,2% y 1,2% respectivamente los siguientes intervalos de edad: grupo de 36-56 años, 17-35 años y mayor o igual a 99 años.

C. Recogida de datos.

Accediendo a la historia clínica electrónica (HCE) del paciente y al episodio relativo a la fecha y diagnóstico que consta en el PCH para la obtención de las variables a estudio, siempre manteniendo en el anonimato los datos del paciente a estudio.

Con toda la información obtenida se cumplimentarán una tabla Excel para, posteriormente, realizar la tabulación y análisis de los datos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0938

1. TÍTULO

QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

D. Análisis y tratamiento de los datos.

A través de los programas:

Microsoft Office Excel para la codificación y tabulación de datos.

Microsoft Office Word para la redacción de informes y conclusiones.

SPSS para Windows (v.16.0) para el análisis estadístico de los datos obtenidos.

Microsoft Office PowerPoint 2007 para la realización del material de apoyo empleado en la presentación del trabajo.

Se realizará un análisis descriptivo de las variables cualitativas empleando porcentajes, y frecuencias absolutas mientras que, para las variables cuantitativas, además de las medidas anteriormente citadas, se utilizarán la mediana y la moda.

1. No colocar sondaje vesical a todos los pacientes que requieran control de diuresis:

De un total de 271 pacientes a un 31% (n=84) se les colocó sondaje vesical y a un 69% (n=187) no se les realizó, si lo analizamos según el diagnóstico con requerimientos para control de diuresis no se cumple el estándar establecido (80%) excepto en los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca que no se realizó sondaje vesical (91,9%), en el resto que son edema agudo de pulmón (50%), shock (33,3%), sepsis (72,4%), hematuria (52,4%), retención orina (0,0%) no llegan al estándar establecido, además llama la atención que en el diagnóstico de sepsis predominan los pacientes no sondados (de 29 pacientes en total, 8 consta que se realizó sondaje y en 21 no se realizó), que nos puede indicar que no se está realizando un control estricto de diuresis como indican las guías o que no consta en la historia clínica que se realizó este procedimiento.

2. No realizar gasometría arterial a todo paciente con disnea:

Se analizó una muestra de 593 pacientes a los que un 67,5% no se les realizó por lo que no llegamos al estándar (80%) y si se realizó a una 32,5%. A los paciente que se les realizó mas este tipo de procedimiento ha sido con diagnóstico de edema agudo de pulmón (75%), EPOC (61,2%), insuficiencia respiratoria (57,1%) y cumplen el estándar a aquellos pacientes con diagnóstico de bronquitis (85,9%) y asma (93,5%). Cuando se analizaron todas estas historias clínica se llegó a la conclusión de que no consta que técnica se realiza, que tipo de gasometría si es arterial o venosa y en que condiciones se realizaba esta técnica (en estado basal o con oxígeno) y si se tenía en cuenta el estado basal de ese paciente (con que cifras de oxígeno tiene normalmente) para disminuir el número de gaometrías realizadas.

3. No realizar eco doppler a pacientes con baja sospecha de trombosis venosa profunda (TVP) y D-dímero negativo:

Aquí tenemos una casuística baja (n=26) con un 57,69% que no se realizó ecografía por lo que estamos por debajo del estándar (90%) que puede ser debido también a la muestra baja de pacientes. Se les realizó D-dímero a todos pacientes con dolor de extremidad (n= 16) y sospecha de TVP (n= 10) siendo el resultado del mismo positivo en 15 (5 con diagnóstico de dolor de extremidad y 10 como primer diagnóstico de sospecha de TVP), a todos ellos se les derivó para realizar un ecografía a nuestro hospital de referencia, al no disponer en nuestro hospital de ecografía de urgencias. Además solo en un paciente quedó registrado el calculo de escala de Wells en su historia clínica que tenía D-dímero positivo y se derivó al hospital de referencia para realizar ecografía.

4. No administrar plasma o concentrado de complejo de protombina en una situación de no emergencia para revertir a los antagonistas de la vitamina K :

De una muestra de 71 pacientes solo a uno se le administró complejo de protombina con diagnóstico de hemorragia digestiva alta y en tratamiento con sintrom . De estos 71 pacientes revisados con diagnóstico de hemorragia digestiva alta (n=18), hemorragia digestiva baja (n=11) y hematuria (n=42), están tomando sintrom un 16,9% (n=12) . No se administró plasma ni complejo de protombina a un 98, 6% que supera el estándar establecido (90%).

5. No se debe colocar una sonda nasogástrica (SNG) de forma rutinaria a todas las hemorragias digestivas:

De un total de 29 pacientes (n=18 con diagnósticos de hemorragia digestiva alta, n= 11 con diagnóstico de hemorragia digestiva baja) a un paciente se le colocó la SNG que presentaba una hemorragia digestiva alta, es decir a un 96,6% no se colocó SNG por lo que estamos encima del estándar establecido (95%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Un control mayor de diuresis en enfermos con patologías como las sepsis.

- Dejar reflejado en las historias clínicas las técnicas que se realiza (tipos de sondaje, gasometrías) y las condiciones en que éstas se llevan a cabo para no perder información para futuros estudios.

- Utilizar las escalas que tenemos en el PCH y registrarlas en la historia clínica.

- Mientras realizáramos este análisis de datos desde nuestro hospital de referencia surgió un nuevo protocolo sobre el manejo del paciente con sospecha de TVP, por lo que en la segunda parte de este estudio valoraremos si hay una mejora sobre el manejo del paciente con sospecha de TVP tras la implantación del protocolo a seguir.

- Tras exponer con datos de este primera parte del estudio y exponer las conclusiones y los que hay que mejorar a los profesionales de urgencias y del hospital se volverán a hacer un segundo estudio entre el periodo de 1/10/18 hasta el 1/05/19 para ver si este estudio ha impactado de forma positiva en la optimización de recursos, evitar los riesgos secundarios a la realización intervenciones innecesarias y disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0938

1. TÍTULO

QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/938 ===== ***

Nº de registro: 0938

Título
QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

Autores:
PALANCA GRACIA EUGENIA, BORRA MOLINER ELISA, ALADREN PEREZ BELEN, GONZALEZ GARCIA RICARDA, LAVILLA VILLAVERDE CARMEN, LACASTA VIVAS CARLOS, POVEDA SERRANO PILAR, SUPERVIA ALONSO ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Ante la situación actual de disminución de los recursos en los servicios de salud se ha hecho necesario el identificar y disminuir aquellos actos sanitarios sin una gran evidencia científica, lo que supone una falta de beneficio para el paciente, disminuye la seguridad del mismo ya que en muchas ocasiones estos actos pueden producir un daño en el usuario y aumenta los costes.
Varias han sido las iniciativas y propuestas para intentar controlar el problema de realizar actuaciones médicas y diagnósticas como las do not do recommendations (dndR), u otras como «Chooseling wisely» o «Making prudent healthcare happen», cuyos principios giran en torno a: no hacer daño, llevar a cabo la intervención mínima apropiada o hacer exclusivamente lo que sabemos y podemos hacer bien, siempre en un contexto de renovación de las relaciones entre profesionales y usuarios basado en la corresponsabilidad para la obtención de los mejores resultados y la atención más equitativa.
En 2013 el Ministerio de Sanidad realizó un "Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas" con objetivo principal de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, estableciéndose una línea de trabajo "Que No Hacer", sobre la cual Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)elaboró sus 5 recomendaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
- Optimizar los recursos
- Evitar los riesgos secundarios a la realización de intervenciones innecesarias
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica
- Contribuir a difundir entre los profesionales sanitarios el compromiso con la calidad y la eficiencia de los cuidados

MÉTODO
- Elaborar recomendaciones, criterios de inclusión y de derivación en relación a las recomendaciones "que no hacer" de SEMES
- Difundir entre los profesionales de urgencias y hospitalización las recomendaciones de SEMES mediante sesiones clínicas
- Medir el impacto de la intervención:
- Situación previa a la intervención
- Situación tras la intervención

INDICADORES
1. No colocar sondaje vesical a todos los pacientes que requieran el control de la diuresis.
a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
b. Formula: N° de pacientes a los que no se les coloca sonda urinaria para control de diuresis/N° de pacientes que se les debe controlar la diuresis x 100
c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias que precisan control de diuresis
d. Tipo: proceso
e. Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencia (SU)
f. Estándar: 80%

2. No realizar gasometría arterial a todo paciente con disnea

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0938

1. TÍTULO

QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

- a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
- b. Formula: N° de pacientes que acude a urgencias por disnea a los que NO se les realiza gasometría arterial/ N° de pacientes atendidos en urgencias por disnea x 100
- c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias por disnea
- d. Tipo: proceso
- e. Fuente de datos: Documentación y registro del SU
- f. Estándar: 80%

- 3. No realizar ECO doppler a pacientes con baja sospecha de Trombosis Venosa Profunda (TVP) y Dimero D negativo
- a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
- b. Formula: N° de pacientes que acuden a urgencias y a los que no se deriva y/o no realiza ECO doppler con baja sospecha de TVP (escala TVP de Puesto Clinico Hospitalario (PCH) = 0) y Dimero D negativo/ N° de pacientes que acuden a urgencias con baja sospecha de TVP (escala TVP de PCH= 0) x 100
- c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias con sospecha baja de TVP
- d. Tipo: proceso
- e. Fuente de datos: Documentación y registro del SU
- f. Estándar: 90%

- 4. No administrar plasma o concentrados de complejo de protrombina en una situación de no emergencia para revertir a los antagonistas de la vitamina K
- a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
- b. Formula: N° de pacientes a los que No se les ha administrado plasma o concentrado de complejo de protrombina para revertir a los antagonistas de la Vitamina K en una situación de no emergencia / N° de pacientes en tratamiento con antagonistas de la vitamina K atendidos en situación de no emergencia x 100
- c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias por hemorragia grave y que toman antagonistas de la Vitamina K
- d. Tipo: proceso
- e. Fuente de datos: Documentación y registro del SU
- f. Estándar: 90%

- 5. No se debe colocar una sonda nasogástrica (SNG) de forma rutinaria a todas las hemorragias digestivas (HD).
- a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
- b. Formula: N° de pacientes a los que NO se les coloca SNG ante una HD / N° de pacientes que acuden a urgencias con HD x 100
- c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias por HD
- d. Tipo: proceso
- e. Fuente de datos: Documentación y registro del SU
- f. Estándar: 95%

DURACIÓN

- Análisis de la situación previo a la difusión de las recomendaciones en septiembre 2018
- Dar a conocer las recomendaciones a través de sesiones clínicas y documento
- Recoger los datos tras implantación del proceso en el primer trimestre de 2019
- Comunicar los resultados al Hospital y Dirección

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 - 2018/0546

1. TÍTULO

COMPLETAR LA NORMALIZACION Y DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION DEL H. S JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE JAVIER CALLAU PUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NIVELA DURAND SOLEDAD
SOLANO CHIA QUINTIN
SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE
ACIN CANFRANC LORENZO
IZARBEZ PUENTE ALBERTO
BORREL RONCALES LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se han delimitado todos los procesos, procedimientos e instrucciones de trabajo de la Unidad de Admisión y Documentación del Hospital S Jorge. Se delimitaron entradas y salidas.
Se han priorizado los procesos mediante un sistema de puntuación individual por los miembros del equipo de mejora valorando la idoneidad, la oportunidad, la factibilidad, la repercusión en los pacientes y/o usuarios, el beneficio para el personal sanitario y la eficiencia (coste económico y en valores como tiempo)
Se nombró propietario de cada proceso, siendo responsables de documentar el mismo, identificando al menos un indicador de medida del proceso

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se identificaron 6 Procesos operativos y 24 procesos secundarios. Se han documentado el 100 % de los procesos.
Se han identificado un 90 % de los formatos
Queda la implantación del registro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Documentar todos los procesos por un único equipo de mejora, ha supuesto una importante carga de trabajo para algunos profesionales.
Se valora positivamente lo que supone como normalización del trabajo del Servicio, lo que compensaría la carga de trabajo.
Es necesaria la implicación de todo el personal para lograr registros bien cumplimentados que faciliten la elaboración de indicadores
Sería de gran ayuda un cuadro de mando con los indicadores propuestos

7. OBSERVACIONES.
El trabajo sirve de base para optar a certificación externa calidad tipo ISO 9001

*** ===== Resumen del proyecto 2018/546 ===== ***

Nº de registro: 0546

Título
COMPLETAR LA NORMALIZACION Y DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION DEL H. S. JORGE DE HUESCA

Autores:
CALLAU PUENTE JAVIER, NIVELA DURAND SOLEDAD, SOLANO CHIA QUINTIN, ACIN CANFRANC LORENZO, IZARBEZ PUENTE ALBERTO, BORREL RONCALES LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0546

1. TÍTULO

COMPLETAR LA NORMALIZACION Y DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION DEL H. S JORGE DE HUESCA

PROBLEMA

Se ha visto la necesidad de normalizar todos los procesos que se realizan en la Unidad de Admisión y Documentación clínica del Hospital S. Jorge. No es tarea ni sencilla ni que se pueda acometer en un corto espacio de tiempo. El programa deberá implicar al mayor número de profesionales posible que trabajen en la Unidad, para que sean ellos los que definan quién, cómo, dónde, en cuanto tiempo se realizan todas las actividades, y de qué manera añadirán valor a la forma de hacerlo en la actualidad.

El servicio de Admisión es un pilar fundamental en el funcionamiento de los Hospitales. Su funcionamiento óptimo es fundamental para la gestión adecuada de recursos (camas, quirófano, pruebas diagnósticas, consultas externas, listas de espera...) En los últimos años las nuevas tecnologías han cambiado en gran manera la forma de trabajar y tanto el personal como procesos y procedimientos se han ido adaptando, pero la normalización facilitará el trabajo, aumentará la eficacia y la eficiencia no solo de este servicio, sino del Hospital en general lo que repercutirá en una mejora de la atención que se presta a los pacientes.

En el aspecto de la Documentación Clínica, la gestión de las historias clínicas entraña una gran dificultad por el volumen que se mueve diariamente, siendo el archivo una de las unidades con capacidad para mejorar. Además, se presenta la historia clínica informatizada como un nuevo reto.

Dentro de éste escenario en 2016 se plantearon las bases para tratar de alcanzar una certificación externa de calidad tipo ISO 9001.

A lo largo del año 2017 desde el SADC se han desarrollado hasta el 70% de los procesos por lo que para el 2018 que darían el 30% para llegar a conseguir el 100%.

RESULTADOS ESPERADOS

- Conseguir la normalización de todos los procesos de la Unidad de Admisión y Documentación clínica (finalización del 30% de los procesos que quedan por documentar).

- Proponer la certificación externa como garantía de compromiso con la calidad y la mejora continua

MÉTODO

? Identificar todos los procesos relacionados con el Servicio de Admisión y Documentación Clínica que faltan de normalizar.

? Delimitar la entrada y salida de los procesos

? Priorizar los procesos mediante un sistema de puntuación individual que valora la idoneidad, la oportunidad, la factibilidad, el beneficio que obtendrán los pacientes, el beneficio que obtendrá el personal sanitario, el coste económico o la mejora de la eficiencia.

? Nombrar los responsables de cada proceso.

? Documentar por el grupo de mejora.

? Identificar al menos un indicador por proceso.

? Normalizar formatos y registros.

? Plantear un sistema de auditoría interna, detectando áreas de mejora y observaciones o incumplimientos de lo normalizado.

? Revisión por la dirección

INDICADORES

Procedimiento de Ingreso (SI /NO)

Procedimiento de Traslado (SI /NO)

Procedimiento de Alta (SI /NO)

Proceso de coordinación organizativa del proceso asistencial en CEX (SI /NO)

Inclusión de pacientes en el registro de demanda quirúrgica (% de pacientes con datos incompletos o mal recogidos del total de pacientes incluidos el LEQ)

Preparación de dossieres para estudio-investigación (SI /NO)

Relación de puestos de trabajo (RPT) del SADC y definición del acceso informático. (SI /NO)

DURACIÓN

Fecha Inicio: 01/01/2018

Fecha finalización: 31/12/2018

Calendario:

? Primer semestre 2018: Revisión del total de los procesos definidos en su día e identificación de procesos que quedan hasta finalizar.

? Segundo semestre 2018:

1. Documentar el 30% de los procesos restantes.

2. Implantar

- Propuestas para 2019:

-Auditoría interna.

- Revisión por la Dirección

- Proponer la Certificación Externa.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0546

1. TÍTULO

COMPLETAR LA NORMALIZACION Y DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION DEL H. S JORGE DE HUESCA

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 - 2018/0353

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA PRACTICA ALERGOLOGICA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE BEATRIZ ROJAS HIJAZO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARBA LATAS VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Lectura detenida del documento RESCAL (Recomendaciones de Seguridad y Calidad en Alergología). Este documento fue publicado en enero de 2018 por el Comité de Calidad y Seguridad de la SEAIC (Sociedad española de Alergología e Inmunología Clínica) con el objetivo de proporcionar una serie de recomendaciones sobre recursos humanos, técnicos y estructurales y de tiempos en función del riesgo y complejidad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- La alergóloga ha identificado y clasificado las enfermedades alérgicas y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de las mismas de los 760 pacientes de primeras consultas visitados entre el 30 de abril y el 21 de diciembre de 2018, así como el riesgo de realizar estos procedimientos. La clasificación se ha realizado en base a la anamnesis y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos incluidos en la cartera de servicios de la especialidad de alergología en función del riesgo estimado, estableciéndose los niveles de riesgo A, B Y C. Para cada nivel de estratificación el documento RESCAL define los recursos técnicos, estructurales y humanos necesarios para su ejecución, así como el tiempo de dedicación asistencial requerido.
Nivel A: Baja complejidad, corta duración (observación <2h), bajo riesgo de reacciones. Estas pruebas se pueden hacer en cualquier centro sanitario, con un nivel de asistencia bajo. Incluyen pruebas cutáneas, pruebas epicutáneas, espirometría, Test de broncodilatación.
Nivel B: Mayor complejidad, Observación >2h (tiempo en el que el paciente ha de permanecer bajo vigilancia del personal sanitario), Riesgo moderado-Alto de reacciones. Se recomienda que estas pruebas se realicen en un Hospital de día de alergia, que podría ser intrahospitalario o extrahospitalario siempre que pueda garantizarse la posibilidad de atención urgente en escasos minutos y acceso a la unidad de críticos en un tiempo inferior a 15 minutos. Incluyen prueba de exposición de bajo riesgo a alimentos y medicamentos, administración de fármacos biológicos, inmunoterapia.
Nivel C: Alta complejidad, supervisión y monitorización constante por parte de personal de enfermería o de facultativo especialista, Riesgo extremo por la gravedad potencial de la reacción o por la existencia de comorbilidad. Se trata de pruebas que precisan una estructura hospitalaria dotada de monitorización con acceso directo a UCI/REA/Urgencias, en donde poder atender a un paciente crítico, dotado con reanimación cardiopulmonar avanzada inmediata en caso necesario. Incluyen provocación bronquial inespecífica (metacolina), prueba de exposición de medio y alto riesgo con alimentos y medicamentos, desensibilización a medicamentos, inmunoterapia de riesgo.
- La enfermera entrenada especialmente en alergología ha realizado las técnicas diagnósticas y terapéuticas de alergología. Además, es la encargada del control de la conservación de extractos, del inventario, de las fechas de caducidad, de los suministros, etc.
- Se ha comprobado las actuaciones que se hacen correctamente en la Unidad de Alergología del Hospital San Jorge según el documento RESCAL y se ha intentado modificar la actuación en la práctica alergológica de nuestra Unidad en base a las recomendaciones de este documento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las actuaciones que se hacen correctamente en la Unidad de Alergología del Hospital San Jorge según el documento RESCAL:

- Se comprueba periódicamente que el material para tratar reacciones anafilácticas está en stock y sin caducar
- Se tiene acceso a celadores rápidamente localizables para traslado de pacientes de forma urgente. Se dispone de una camilla con ruedas.
- Cuando se realizan pruebas de riesgo con fármacos o alimentos se comprueba que el paciente haya suspendido solo ese día betabloqueantes e IECA si los tomara por ser fármacos que, en caso de reacción anafiláctica, hacen que el paciente no responda bien a la adrenalina.
- Tener una UCI o un Servicio de Urgencias cerca para poder hacer pruebas de alergia con alimentos o medicamentos.
- Se dispone de un Electrocardiógrafo y carro de paradas cerca

De acuerdo con las recomendaciones del documento RESCAL en la Unidad de Alergología del hospital San Jorge habría que realizar las siguientes modificaciones:

- Poner en conocimiento de los gestores y otros especialistas la complejidad de los métodos diagnósticos y terapéuticos específicos de la especialidad
- Disponer de un Hospital de día de alergología definido en el documento RESCAL como lugar ubicado intrahospitalariamente donde se garanticen las medidas de seguridad en los procedimientos alergológicos y cierto grado de comodidad o confort para el paciente cuando el tiempo de observación previsto sea mayor de 2 horas o cuando el riesgo del procedimiento o situación basal del paciente aconsejen medidas adicionales de precaución. Es necesario 2 m² por paciente. En 20m² se pueden tratar hasta 10 pacientes. Las pruebas de provocación con alimentos o medicamentos, con independencia de la gravedad esperable, se debería de realizar en un hospital de día (por el período de observación superior a 2horas).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0353

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA PRACTICA ALERGOLOGICA

- Disponer de un espacio o a sala de tratamiento de reacciones anexa a la sala de realización de pruebas aislada visualmente del resto de los pacientes del hospital de día.
- En la sala de pruebas faltaría un armario o vitrina para almacenar medicamentos.
- El personal que trabaja en la Unidad debería realizar un curso de reanimación cardiopulmonar cada 2 o 3 años.
- Estar familiarizado con el carro de paradas y saber utilizar el desfibrilador disponible.
- Realizar jornadas o sesiones de formación y actualización de los procedimientos en enfermería.

Para revisar la calidad asistencial entendida como éxito de los procedimientos y satisfacción de los pacientes atendidos se ha dispuesto indicadores de actividad, calidad e indicadores de rendimiento. Como indicador de actividad se ha utilizado el % de primeras visitas del total de visitas entre el 30 de abril y el 21 de diciembre de 2018, siendo éste de un 58,38%. En promedio, sin valorar complejidad asistencial ni ajuste por plantilla, un servicio de Alergología realizaría unas 1.000 primeras visitas anuales por médico especialista, observándose que en la Unidad de alergología del Hospital San Jorge este registro en el año 2018 se superó, probablemente debido a que visitamos más pacientes de primer día en huecos de revisiones libres (una primera visita por cada dos sucesivas). En este año 2018 había huecos de revisiones libres debido a que esta Unidad fue creada en el año 2017. El % de visitas sucesivas del total de visitas entre el 30 de abril y el 21 de diciembre de 2018 ha sido del 41,61%. El porcentaje de consultas de alta resolución se ha estimado en un 17-20%.

Como indicador de rendimiento se ha utilizado el % de pacientes con enfermedad alérgica clasificados según el nivel de riesgo de los procedimientos del total de pacientes vistos en la consulta en el año 2018, que ha sido de un 66% desde abril de 2018. El % de pruebas realizadas de complejidad nivel A ha sido de un 50%. El % de pruebas realizadas de complejidad nivel B ha sido de un 30%. El % de pruebas realizadas de complejidad nivel C ha sido de un 20%.

Como indicador de calidad se utilizó el % de pacientes sometidos a pruebas de exposición con alimentos o medicamentos en los que se comprobó que hubieran suspendido betabloqueantes e IECA el día de la prueba del total de pacientes sometidos a pruebas de exposición, que fue del 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los indicadores asistenciales actuales solo miden actividad de primeras consultas y sucesivas, sin ninguna relación con la complejidad de los procesos atendidos, de los tiempos de dedicación asistencial requeridos para el desempeño de la actividad asistencial, de los métodos diagnósticos y de los procedimientos terapéuticos que exigen profesionales preparados y condiciones adecuadas que garanticen la seguridad del paciente y la calidad del procedimiento. Por tanto faltan indicadores de actividad que reflejen esta complejidad. Creemos que sería interesante poder reflejar de alguna manera los tiempos invertidos en preparar las pruebas a realizar en pacientes complejos, el tiempo que se tarda en realizar un informe, y el tiempo invertido en valorar volantes de hojas de consultas e interconsulta virtual.

En un inicio se pensó en incluir como otro indicador de calidad las encuestas de satisfacción de los pacientes pero finalmente no las llegamos a incluir. Se podrían incluir para un proyecto posterior.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/353 ===== ***

Nº de registro: 0353

Título
RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA PRACTICA ALERGOLOGICA

Autores:
ROJAS HIJAZO BEATRIZ, BARBA LATAS VANESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0353

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA PRACTICA ALERGOLOGICA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La práctica clínica alergológica ha de centrarse en las necesidades de los pacientes y en la población en general, y debe garantizar su seguridad y la calidad de la prestación.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es proporcionar una serie de recomendaciones que permitan desarrollar la práctica clínica alergológica en ese contexto de calidad y seguridad, definiendo para ello las necesidades estructurales y los recursos humanos y de tiempo aconsejados para el desarrollo de dicha actividad.

MÉTODO

Las herramientas clínicas que permiten el diagnóstico de certeza son una historia clínica completa, pruebas cutáneas estandarizadas, pruebas in vitro fiables y pruebas de exposición controlada para confirmar el diagnóstico o asegurar la tolerancia, en cada caso.

Se establecen dos niveles de intervención:

1. Diagnóstica: identificación del paciente alérgico y búsqueda de alternativas.
2. Terapéutica: procedimientos de desensibilización, inmunoterapia o administración de biológicos.

INDICADORES

1. Identificación y clasificación de las patologías alergológicas de acuerdo con la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10)
2. Identificación y clasificación de los procedimientos incluidos en la cartera de servicios de la especialidad de alergología.
3. Clasificación de todos los procedimientos de acuerdo con su nivel de riesgo según consenso por parte de los comités de la SEAIC.
4. Definición de los recursos estructurales y humanos precisos para el desempeño de la actividad alergológica en relación con los procedimientos previamente descritos.
5. Definición de los tiempos asistenciales requeridos por el personal sanitario y por los pacientes para la realización de los citados procedimientos.

DURACIÓN

La fecha prevista de inicio será el 30 de abril de 2018 y la fecha prevista de finalización del proyecto el 21 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 - 2018/0361

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION ISO15189 EN EL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE AINOHA GARCIA CLAVER
· Profesión QUIMICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUZO FONCILLAS JOSE
FERRER GIMENEZ MARGARITA
LLIMIÑANA ORDAS CARMEN
LAVIÑA FAÑANAS CONCHA
PALACIN BURREL SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se mantiene la acreditación resolviendo las Observaciones halladas en la última auditoría externa, tras el envío del PAC (Plan de Acciones Correctivas) en el plazo establecido.
- Este verano se ha revisado toda la documentación vigente del laboratorio y se han modificado y actualizado los documentos que se han considerado necesarios.
- Se ha realizado el cálculo de los coeficientes de variación (CV%) intraserie e interserie para la PCR y la sangre oculta en heces.
- Se ha incluido la PCR en el PTA-05_HU(E)S_L-BQ Procedimiento de Análisis. Bioquímica General.
- Se ha elaborado el PTA-31 Determinación de sangre oculta en Heces Sangre Oculta en Heces.
- Se ha elaborado el PTE-14 Mantenimiento de Equipo Sentifit 270
- En Julio y Agosto se han publicado los nuevos procedimientos y las revisiones en el Listado de Documentación en vigor en la intranet.
- 21 de Noviembre de 2018. Se pasa la auditoría externa.
- A fecha de hoy (11-02-2019) está pendiente recibir el informe de auditoría interna para acometer los cambios y correcciones que se sugieren en ella.
- No obstante, ya se tiene preparada la una nueva revisión del PTA-31 Determinación de sangre oculta en Heces Sangre Oculta en Heces (revisión B) en la que se resuelven las desviaciones evidenciadas durante la auditoría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Conseguir mantenimiento de la acreditación y la inclusión de la bilirrubina directa en el alcance: Conseguido, junio 2018
- Inclusión de PCR en el PTA-05 (actualización) : Conseguido, Publicado en Intranet Calidad Agosto 2018.
- Elaboración y publicación del nuevo PTA-31 Determinación de sangre oculta en heces y documentos relacionados: Conseguido, Publicado en Intranet Calidad Julio 2018
- % de nuevos ensayos acreditados frente al total de propuestos (>50%): Conseguido, se han incluido el 100% de ensayos propuestos.
- Actualización y revisión de documentos de nivel II y nivel III: Conseguido, actualizados 7 documentos de Nivel II y 22 de nivel III.
- Pendiente de recibir el informe de Auditoría interna por parte del equipo auditor.
- Número de No Conformidades Mayores en Auditoría Externa <3: Pendiente, prevista Octubre de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han conseguido los objetivos propuestos en este proyecto de mejora. En vista de la buena evolución durante la auditoría interna, es previsible que cuando se realice la auditoría externa (Octubre 2019) el Alcance de la acreditación incluya de forma oficial a las técnicas de PCR y sangre oculta en heces. Se precisaría más de apoyo de personal administrativo para realización de tareas de documentación y registros. Además, se debería obtener mayor reconocimiento laboral por el desempeño de actividades que contribuyen al mantenimiento del Sistema de Calidad de los Laboratorios del Servicio Aragonés de Salud.

7. OBSERVACIONES.

Habitualmente, las auditorías externas, como se recoge en la propia norma ISO 15189:2013 tienen una periodicidad no superior a 18 meses. Por este motivo, como la última auditoría a este servicio se realizó en Abril de 2018, la siguiente está prevista para Octubre de 2019. Una vez transcurra este proceso, se incluirán las nuevas determinaciones en el alcance de la acreditación para nuestro laboratorio.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/361 ===== ***

Nº de registro: 0361

Título
AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION ISO15189 EN EL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0361

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION ISO15189 EN EL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:

GARCIA CLAVER AINOHA, PUZO FONCILLAS JOSE, FERRER GIMENEZ MARGARITA, LLIMIÑANA ORDAS CARMEN, LAVIÑA FAÑANAS CONCHA, PALACIN BURREL SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Acreditación ISO 15189 o Certificación ISO 9001

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

El laboratorio del Servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica tiene la acreditación ISO15189 desde el año 2010. La implantación de un sistema de calidad supone un importante valor añadido para el laboratorio y para todo el medio hospitalario, puesto que una empresa externa (en este caso ENAC) acredita que tiene un sistema de Gestión de Calidad conforme a la normativa y que el laboratorio tiene la capacidad técnica para la realización de los ensayos físico-químicos incluidos en el alcance. La implantación y el mantenimiento del sistema de gestión de calidad supone la necesidad de mejorar continuamente y también un esfuerzo añadido a la actividad asistencial del servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

Con el presente proyecto se pretende mantener el sistema de calidad y aumentar el alcance de la acreditación para las determinaciones de Proteína C reactiva y sangre oculta en heces.

MÉTODO

- Mantener la acreditación resolviendo las Observaciones halladas en la última auditoría externa.
- Envío del PAC (Plan de Acciones Correctivas) en el plazo establecido.
- Modificación de los procedimientos vigentes que se precisen según las observaciones de la auditoría externa.
- Cálculo de los coeficientes de variación (CV%) intraserie e interserie para la PCR y la sangre oculta en heces.
- Incluir la PCR en el PTA-05_HU(E)S_L-BQ Procedimiento de Análisis. Bioquímica General.
- Elaborar el PTA correspondiente, Procedimiento de análisis. Sangre Oculta en Heces.
- Elaborar el PTE correspondiente, Procedimiento de Equipos. Sentifit 270
- Incluir estos nuevos procedimientos y las nuevas revisiones de los procedimientos modificados en el Listado de Documentación en vigor en la intranet.
- Realizar una Auditoría interna y corregir las desviaciones que se hallen en la misma, antes de la siguiente auditoría externa.
- Realizar la auditoría externa

INDICADORES

- Indicador: % de nuevos ensayos acreditados frente al total de propuestos (>50%)
 - Número de No Conformidades Mayores en Auditoría Externa <3.
- La evaluación se realizará según los puntos indicados en la propia norma ISO15189: auditoría interna, revisión por la dirección y auditoría externa.

DURACIÓN

El servicio está acreditado desde el año 2010. El sistema de calidad es un proyecto vivo, que continúa desde esa fecha. Durante el año 2018 se incluirán las nuevas técnicas a acreditar que se evaluarán en la auditoría externa de 2019 (plazo aproximado 18 meses).

El calendario propuesto es el siguiente:

- Mayo 2018: envío de PAC a ENAC con las acciones de mejora propuesta.
- Junio: Recepción de la reevaluación de la acreditación de ENAC con incorporación de la bilirrubina directa en el alcance (proceso previo).
- Junio: Incorporación de PCR al Procedimiento de Análisis de Bioquímica General
- Julio-Agosto-Septiembre: Preparación de los procedimientos y documentación correspondientes a la Determinación de sangre oculta en heces.
- Octubre 2018: Envío de los procedimientos para inclusión en intranet calidad del Salud.
- Noviembre 2018 (estimado): Auditoría interna SALUD.
- Primer trimestre de 2019 (estimado): Resolución de desviaciones detectadas en la auditoría interna
- Octubre 2019 (estimado): Auditoría externa ENAC.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0361

1. TÍTULO

AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION ISO15189 EN EL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

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 - 2018/1180

1. TÍTULO

APLICACION DEL SISTEMA DE GESTION LEAN Y METODOLOGIA "5S" EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE CARMEN LLIMIÑANA ORDAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PUZO FONCILLAS JOSE
BUENO MORENO ANTONIO
SUBIAS LONCAN MARIANO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Estudio del flujo de trabajo del personal y de llegada de muestras urgentes al Laboratorio
- Análisis de los tiempos de demora, de respuesta y de procesamiento en los equipos analíticos
- Seguimiento de las muestras en tiempo real: "Gemba Walk"
- Identificación de problemas, interrupciones y limitaciones para el trabajo
- Observación de la disponibilidad y acceso al material de uso continuo y diario
- Documentación gráfica de la situación y espacios antes y después de la toma de decisiones
- Solución de problemas, corrección de dificultades y de errores perpetuados en las secuencias y métodos de trabajo, así como en la organización de espacios
- Eliminación de barreras y puesta en orden de los elementos almacenados durante años: material de trabajo inapropiado, cables, mobiliario mal dispuesto, protocolos no actualizados, dispositivos en desuso, libros de consulta antiguos, soportes informáticos desfasados, equipos sin uso, superficies infrautilizadas
- Implementación de áreas de trabajo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Flujos de trabajo mejorados y más resolutivos
- Espacios libres de obstáculos y optimizados
- Orden y limpieza en zonas de alto rendimiento y volumen de trabajo
- Actualización de protocolos y elementos de consulta
- Material ordenado con fácil accesibilidad ("cada cosa en su sitio y cada sitio para una cosa"; eliminación de material no útil ni adecuado
- Mejora en el rendimiento y satisfacción personal; renovado interés por el puesto de trabajo y mantenimiento en perfectas condiciones del mismo por parte de los trabajadores de la sección

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha conseguido mejorar de forma notable y satisfactoria para todos el área y modo de trabajo correspondiente al Laboratorio de Urgencias, zona de alto tránsito personal y alta de carga de trabajo, con mínima remodelación de espacios y reubicación de materiales y equipos analíticos disponibles.

7. OBSERVACIONES.

El compromiso y análisis conjunto de todos los profesionales (facultativos y T.E.L) que trabajamos en esa área ha sido primordial para el cumplimiento de los objetivos propuestos y consenso de decisiones tomadas, en el beneficio del trabajo diario de todos y de fidelidad a los pacientes cuyas muestras analíticas procesamos con máximo rigor y profesionalidad con el mínimo tiempo de demora.
Agradecemos a Beckman Coulter® su apoyo y formación en el sistema LEAN que nos ha descubierto un nuevo modelo, que ha sido y será, de gran utilidad en la gestión y organización de nuevas áreas en el Laboratorio del Hospital San Jorge de Huesca en el futuro próximo.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1180 ===== ***

Nº de registro: 1180

Título
APLICACION DEL SISTEMA DE GESTION LEAN Y METODOLOGIA "5S" EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
LLIMIÑANA ORDAS CARMEN, PUZO FONCILLAS JOSE, BUENO MORENO ANTONIO, SUBIAS LONCAN MARIANO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1180

1. TÍTULO

APLICACION DEL SISTEMA DE GESTION LEAN Y METODOLOGIA "5S" EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Laboratorio de Urgencias desempeña un papel clave dentro del Servicio de Análisis y Bioquímica Clínica del Hospital, debido a las propias particularidades de funcionamiento que lo diferencian del resto de Laboratorios de rutina y lo convierten en una Unidad prioritaria de proyección de mejora dentro del Servicio.
En este área existe una mayor presión asistencial y el tiempo de respuesta depende de factores como:
- motivación constante del personal (turnos)
- organización del puesto de trabajo (muchas personas)
- distribución de espacios (limitado)
- utilización de analizadores y material (con frecuencia compartidos con rutina)
- atención a la principal línea telefónica de nuestro Servicio

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el rendimiento profesional del personal técnico especialista en Laboratorio (T.E.L.), atendiendo a la mejor utilización de espacios, tanto físicos como virtuales, con re-estructuración de flujos de trabajo mediante la implantación del sistema de mejora continúa "LEAN" y metodología de trabajo "5s"(modelo de gestión empresarial enfocado a obtener mejores resultados y máximo valor en el trabajo con los recursos disponibles), con el fin de conseguir un sistema consensuado de organización del área y sus recursos.

MÉTODO

- Introducción, motivación y formación por parte del responsable facultativo del Laboratorio de Urgencias a los T.E.L. en el sistema LEAN
- Implicación del personal usuario del área en la identificación de problemas, de procesos y toma de decisiones consensuadas para su posterior implantación
- Formación de grupos multidisciplinares para la participación en el análisis del sistema organizativo de trabajo, aplicable al Servicio de Laboratorio:
seleccionar, eliminar, estructurar, estandarizar y mantener
- Adquisición de nuevas herramientas de organización y gestión (LEAN)

INDICADORES

- Material gráfico del "antes y después"
- Identificación de errores y correcciones establecidas
- Mapa de procesos de resolución de problemas
- Paneles con fotos de la estandarización consensuada
- Elaboración de documento final de trabajo
- Evaluación externa por parte de empresa de formación (Beckman Coulter)

DURACIÓN

Formación en sistema LEAN: mayo 2018
Formación de grupos: mayo 2018
Análisis de situación: junio 2018
Aplicación del proyecto: junio 2018 con sistema de mejora continúa

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0414

1. TÍTULO

ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS E INMUNOSUPRESORES EN LA CONSULTA PREANESTÉSICA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE PAOLA MOLINA TRESACO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VILA MENGUAL MARIA FRANCISCA
VERA BELLA JORGE
VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL
NAJAR SUBIAS MONICA
QUILEZ PEREZ LUCIA
PANZANO FRANCO ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto iniciado en el año 2016 surge de la necesidad del servicio de Anestesiología y Reanimación de ofrecer una mejor evaluación perioperatoria y un manejo activo y acorde a las principales guías clínicas y evidencia disponible de la medicación crónica a todo paciente con patología reumatológica y candidato a cirugía programada.

En ese sentido, muchos de estos fármacos actúan a nivel del sistema inmunológico, con el consecuente y potencial riesgo de incrementar el riesgo de infección perioperatoria.

Debíamos por tanto intentar protocolizar el manejo de estas medicaciones, atendiendo a las propiedades y características farmacológicas, así como a la individualización en cada paciente y a las posibles consecuencias y riesgos-beneficios que la interrupción de dicho tratamiento pueda tener en la evolución postoperatoria.

El grupo se ha ido reuniendo de manera trimestral con los siguientes objetivos:

-Establecer criterios que permitieran la identificación adecuada (en base a tipo de patología, situación, gravedad...) de estos pacientes en la consulta de valoración preanestésica.

-En sucesivas reuniones, y basándonos en el trabajo realizado por el servicio de Anestesiología para el manejo perioperatorio de los fármacos de administración crónica, se estableció un protocolo a seguir en estos pacientes en cuanto a la interrupción o no de los distintos fármacos modificadores de la enfermedad.

-Finalmente la intención del grupo fue evaluar; no solo el número de pacientes con este tipo de tratamientos en los que se ha procedido a seguir el protocolo, sino también hasta que punto se ha producido una modificación de las posibles complicaciones asociadas al mantenimiento o suspensión de dichos medicamentos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Elaboración de un listado de los principales fármacos utilizados en este tipo de patologías y de su adecuado manejo perioperatorio en base a la evidencia disponible.

-Publicación de un libro elaborado por el Servicio de Anestesiología.

-Elaboración de dossieres resumidos para facilitar el manejo de estos (y otros) tratamientos en la consulta de preanestesia.

-Comunicación multidisciplinar con otros servicios implicados con estos pacientes de los riesgos-beneficios de la interrupción o no de estos tratamientos.

-Adecuada comunicación al paciente y sus familiares de las medidas a seguir en el manejo de estos fármacos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Consideramos una correcta identificación en la consulta de preanestesia de los principales fármacos utilizados en terapias biológicas e inmunosupresores.

- La realización y posteriores revisiones/actualizaciones del protocolo de manejo perioperatorio de los fármacos (basado en la evidencia disponible) han resultado de gran ayuda para un manejo consensuado del Servicio.

-Confirmación objetiva de que dichos protocolos han sido correctamente seguidos en un alto porcentaje de estos pacientes (>82% de cumplimentación)

-Confirmación de que desde la visita preoperatoria se han establecido una serie de recomendaciones, tanto a pacientes como a familiares.

-Verificación en antequirófano (mediante el check-list) de que dichas recomendaciones preoperatorias se han seguido por parte de los pacientes correctamente.

-Se ha conseguido mayor concienciación de todos aquellos profesionales encargados de la valoración preoperatoria en cuanto a la identificación y manejo de estos pacientes.

-Realización de una sesión informativa al Servicio de Anestesiología sobre los progresos, conclusiones, recomendaciones y resultados del trabajo realizado por el grupo.

7. OBSERVACIONES.

A modo de autocrítica, nos hubiera gustado la realización de encuestas de manera formal y por escrito (ya que si que hemos realizado encuestas verbales en las consultas) sobre la información, claridad y satisfacción de nuestros objetivos por parte de pacientes y familiares.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0414

1. TÍTULO

ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS E INMUNOSUPRESORES EN LA CONSULTA PREENESTÉSICA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/414 ===== ***

Nº de registro: 0414

Título
MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS Y OTROS INMUNOSUPRESORES EN PACIENTES VALORADOS EN LA CONSULTA PREENESTÉSICA

Autores:
MOLINA TRESACO PAOLA, LOPEZ CEBOLLADA JUAN JOSE, PANZANO FRANCO ROSA MARIA, ARA IBARZ MARIA HERMINIA, QUILEZ PEREZ LUCIA, ROSELLO PARDO ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades autoinmunes en tratamiento
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las enfermedades inflamatorias y autoinmunes sistémicas son tratadas habitualmente con FAMES (fármacos modificadores de la enfermedad), estos pueden ser sintéticos (metotrexate, leflunomida, sulfasalazina entre otros) o biológicos (antifactor de necrosis tumoral-antiTNF, antiinterleucinas, antiCD20, etc).
La introducción de potentes terapias para tratar estas enfermedades, que modifican la inmunidad, ha activado la alerta de que los procesos infecciosos puedan incrementarse todavía más en el perioperatorio.
Los riesgos asociados a mantener o suspender la medicación que recibe un paciente durante el perioperatorio, no dependen exclusivamente de los fármacos en cuestión, sino de la gravedad de la patología y del grado de control alcanzado con el tratamiento.
Es importante plantearse la forma de actuar porque al suspender un tratamiento en este tipo de enfermedades, existe la posibilidad de:
1. rebrote de la enfermedad precisando corticoides, que dificultan la cicatrización e incrementan las infecciones.
2. el retraso que provocará el brote en la rehabilitación postquirúrgica.
3. la posible inmunogenicidad al reintroducir el fármaco.

RESULTADOS ESPERADOS

- Valoración de los riesgos de mantener o suspender los fármacos y las recomendaciones actuales para cada patología.
- Creación de un protocolo de manejo perioperatorio de estos tratamientos iniciado en la consulta preanestésica.
- Disminución de los riesgos y posibles complicaciones asociadas tanto a la suspensión de dichos fármacos que pueden determinar la suspensión de la intervención por reagudizaciones o inestabilización de la patología crónica como a las alteraciones que estos medicamentos provocan en el organismo al ser tomados de forma habitual.

MÉTODO

- Revisión de la bibliografía y recomendaciones existentes en la actualidad.
- Elaborar un listado de los fármacos a tener en cuenta en la consulta de preanestesia y consensuar, en los casos necesarios, con los servicios que tratan la patología de los pacientes (reumatología, dermatología y digestivo).
- Prescripción del tratamiento y explicación, a pacientes y familiares, de las modificaciones del mismo según los protocolos establecidos.
- Creación de un circuito de intervención rápida de pacientes en tratamiento con dichos fármacos

INDICADORES

- Verificación de la elaboración de los protocolos adecuados.
- Confirmar que se han creado y puesto en marcha los protocolos así como valorar bianualmente su aplicación.
- Establecer un elemento de control de los resultados de la implementación de este programa de mejora. Por ejemplo, elaborar un "check list" en acogida quirúrgica sobre el cumplimiento de las indicaciones recibidas, evaluación de la disminución de suspensión de intervenciones por errores en la toma de fármacos, valoración de la disminución de complicaciones asociadas al manejo perioperatorio del tratamiento crónico..

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0414

1. TÍTULO

ACTUALIZACION E IMPLEMENTACION DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS E INMUNOSUPRESORES EN LA CONSULTA PREENESTÉSICA

7.2- Evaluación.

Evaluación: medida de los indicadores una vez al año. Una vez puesto en marcha el circuito y los protocolos, se establecerán las fechas de evaluación.

DURACIÓN

Revisión bibliográfica: octubre 2016

Elaboración de los protocolos en diciembre de 2016.

Evaluación en noviembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0415

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN LA PRACTICA CLINICA DE LA TARJETA IDENTIFICATIVA DE LOS PACIENTES CON VIA AEREA DIFICIL

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA FRANCISCA VILA MENGUAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAJAR SUBIAS MONICA
VERA BELLA JORGE
MOLINA TRESACO PAOLA
URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE
GALLEGO ESTRADA FERNANDO
OLIVAN LAFUENTE BLANCA
ABIOL CAMPOS MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Sesión informativa acerca de la implantación de la tarjeta de vía aérea difícil. Asistencia del 80% de los miembros del servicio (ausencias justificadas)
- Diseño e impresión de la tarjeta identificativa por duplicado (para el paciente y para la historia clínica en papel)
- A los pacientes identificados como vía aérea difícil, se les entrega una tarjeta debidamente rellena, junto con una breve y sencilla explicación acerca de su utilidad y de la conveniencia de llevarla encima en todo momento
- Incorporación a la historia clínica en papel del duplicado de la tarjeta entregada al paciente, rellena por el mismo facultativo
- Auditoría en noviembre acerca de los casos registrados y la cumplimentación de la tarjeta

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Buena adhesión al proyecto de mejora por parte del servicio de anestesiología
- Correcta identificación y registro de los casos de vía aérea difícil, aproximándose a la incidencia publicada en las guías de manejo de vía aérea
- Se han evitado situaciones de riesgo en el manejo de la vía aérea por la tarjeta incluida en la historia clínica de la población diana
- Mejoría global en la seguridad y calidad en el manejo de la vía aérea
- Gestión responsable de recursos en función de los casos detectados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se considera muy necesaria la correcta transmisión de la información tanto verbal (como se venía haciendo hasta antes del proyecto) como por escrito en los casos con dificultad en el manejo de la vía aérea
- El registro de los casos acontecidos ayuda en la detección de necesidades de formación y de previsión de recursos para maximizar la seguridad y calidad en la atención del paciente
- Se recomienda seguir con el proyecto, nombrando nuevos responsables y realizando auditorías anuales

7. OBSERVACIONES.

Se considera finalizado el presente proyecto por traslado a otro hospital de la coordinadora.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/415 ===== ***

Nº de registro: 0415

Título
TARJETA IDENTIFICATIVA DE PACIENTE CON VIA AEREA DIFICIL

Autores:
VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA, ALAMILLO SALAS CLARA, NAJAR SUBIAS MONICA, VERA BELLA JORGE, SAUCO JAQUES JOSE EMILIO, FERNANDEZ GIL MARTA, ANTON QUIROGA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0415

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN LA PRACTICA CLINICA DE LA TARJETA IDENTIFICATIVA DE LOS PACIENTES CON VIA AEREA DIFICIL

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la práctica clínica de los profesionales dedicados al manejo de la vía aérea (anestesiología, medicina intensiva, urgencias) un grave problema, por su complejo abordaje, es la vía aérea difícil (VAD); definida como la situación en la que resulta difícil la intubación del paciente pudiendo asociar o no problemas para su ventilación y oxigenación.

Cuando la existencia de VAD es conocida o previsible deben ponerse en marcha protocolos especiales con estrategias organizadas para facilitar las técnicas de ventilación e intubación con más probabilidad de éxito y garantía en la seguridad del paciente.

Existen una serie de predictores, aprobados por las Sociedades Científicas, para prever la existencia de VAD en el paciente a tratar y que han demostrado su limitación en algunos casos en los que los profesionales, tras su evaluación en el paciente, no encuentran datos de la posible existencia de dicha dificultad que aparece posteriormente en el momento del abordaje de la vía aérea convirtiendo el proceso en una situación de extrema urgencia.

La Declaración de Helsinki sobre seguridad del paciente en anestesiología destaca el manejo de la VAD.

El problema surge en aquellos casos que presentan una VAD imprevista, es decir, aquella en la que ni por la situación clínica ni por los predictores evaluados se tiene evidencia de que pueda serlo. Su incidencia es baja pero supone una situación de alarma que acontece sin estar preparados para ello.

RESULTADOS ESPERADOS

- Tener un registro objetivo de los casos de VAD no esperable mediante la evaluación previa del paciente.
- Disminuir el riesgo, en actuaciones posteriores, de pacientes que hayan presentado una VAD inesperada en el servicio de anestesiología de este hospital y que se pretenden censar como tal.
- Registrar, notificar y poner a disposición del paciente que haya presentado una VAD no prevista, en nuestro servicio, una tarjeta que informe de la situación con la intención de prevenir posteriores episodios al comunicarlo en los servicios donde pueda recibir asistencia en un momento determinado.

MÉTODO

- Elaboración de una tarjeta identificativa de VAD en todo paciente que haya presentado una VAD inesperada y en aquellos casos en que se haya confirmado en los que la evaluación previa la hacía previsible.
- Elaborar un registro (se intentará informatizado y adjuntado a la historia clínica electrónica por ser el método ideal) de la situación de VAD.
- La tarjeta y el registro serán cumplimentados por el anestesiólogo que se ha encontrado con el problema de VAD con la intención de recoger datos sobre diagnóstico si lo hubiera, tratamiento y posible prevención del problema.
- Se ha elegido el formato tarjeta porque, al contrario que los informes, ésta puede portarse en la cartera donde el paciente puede tener disponibilidad inmediata en caso de necesidad no prevista.
- Además de la entrega de la tarjeta se dará al paciente (o familiares si no estuviera en disposición) información verbal del episodio de forma fácil y comprensible explicando lo importante de la prevención en estas situaciones.
- Estructura de la tarjeta:
 - . Anverso: datos de filiación del paciente, Peso, IMC o Talla. Fecha del episodio. Datos de valoración previa de la vía aérea (test de Mallampati, apertura bucal...).
 - . Reverso: tipo de cirugía (urgente o no), intervención. Paciente ventilable o no. Técnica que ha resuelto el problema. Técnicas que han fallado previamente (si las ha habido). Paciente anestesiado o despierto. Un apartado de observaciones para explicar brevemente las circunstancias importantes del episodio.

INDICADORES

- Creación de un registro (a ser posible informatizado) de los pacientes a los que se les ha entregado tarjeta por haber presentado VAD.
- Recogida de los datos sobre cada episodio de VAD comunicado en la tarjeta con el fin de estudiar causas y posibles soluciones.
- Si hay casos suficientes, bianualmente, a través de los registros realizados previamente, se analizarán incidencias, frecuencias, causas, datos antropométricos, dispositivos utilizados...

7.2- Evaluación.

Evaluación: medida de los indicadores de seguimiento una vez al año (número de casos registrados, número de tarjetas entregadas).

Una vez puesto en marcha el plan y su registro se evaluarán bianualmente los indicadores descritos en el punto 4 y aquellos que, por lo que aporte la experiencia, sean de utilidad.

DURACIÓN

Elaboración de las tarjetas: diciembre 2016.

Elaboración del registro: diciembre de 2016.

Primera evaluación de registro y estadística de los datos recogidos en noviembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0415

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN LA PRACTICA CLINICA DE LA TARJETA IDENTIFICATIVA DE LOS PACIENTES CON VIA AEREA DIFICIL

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0554

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE NEKANE URRESTARAZU ESPORRIN

- Profesión MEDICO/A
- Centro H SAN JORGE
- Localidad HUESCA
- Servicio/Unidad . . ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERNANDEZ GIL MARTA
PALACIO CEBRIAN MARIA VICTORIA
CASTEL LANGA MARIA PILAR
DEMUR LAPLANA LAURA
BERGUA SALAS LORENZO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tal y como se comentó inicialmente, se puso en marcha este proyecto de mejora con el fin de brindar un correcto manejo del dolor agudo postoperatorio y un control adecuado de los catéteres epidurales y perineurales colocados en quirófano y que posteriormente permanecerán en la planta. De este modo, se ha realizado un seguimiento exhaustivo por parte de Enfermería de REA y el Servicio de Anestesiología de los catéteres implantados durante los tres primeros días postoperatorios, recogiendo diversas variables en una hoja específicamente diseñada para ello.

Recordamos los objetivos del proyecto:

- Analizar el funcionamiento de los catéteres colocados en quirófano durante el postoperatorio
- Detectar problemas en el manejo y cuidado de los catéteres
- Detectar reacciones adversas y complicaciones derivadas de los catéteres y de los fármacos empleados
- Evaluar el dolor percibido por los pacientes mediante la escala EVA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante este periodo de tiempo se han recogido datos de 22 catéteres epidurales implantados en quirófano y que han sido utilizados para optimizar el control de dolor postoperatorio. De ellos, tres se colocaron a nivel torácico y el resto a nivel lumbar.

Las cirugías para las que se han colocado son:

- Prótesis de cadera: 1
- Osteosíntesis de tibia: 1
- Cirugía abdominal abierta: 6
- Prótesis de rodilla: 3
- Cesárea: 6
- Histerectomía abdominal: 2
- Nefrectomía: 2
- Prostatectomía: 1

Indicadores:

- Fármacos y efectos secundarios derivados de los mismos
- Permanencia y utilización del catéter epidural en planta
- Medición del dolor mediante la escala EVA en reposo y en movimiento
- Complicaciones relacionadas con el catéter epidural

FÁRMACOS EMPLEADOS Y EFECTOS SECUNDARIOS:

Los fármacos empleados han sido ropivacaína 0.2% y levobupivacaína 0.125%. En 18 de ellos se añadió fentanilo en la perfusión (de 3 a 4 ml) de anestésico local. Sólo uno de ellos presentó prurito como efecto secundario y ninguna otra sintomatología atribuible al mórfico (4,5%). En ninguno de ellos se detectaron síntomas ni signos relacionados con toxicidad por anestésicos locales. Las velocidades de infusión fueron variables entre 5 ml/h y 11 ml/h en función del paciente, la cirugía realizada y su patología de base.

PERMANENCIA DEL CATÉTER EPIDURAL:

- Un día postoperatorio: 10 pacientes
- Dos días postoperatorios: 6 pacientes
- En un paciente se produjo salida accidental del catéter epidural durante el primer día postoperatorio y en tres durante el segundo día postoperatorio
- A dos de los pacientes se les retiró el catéter epidural durante el primer día postoperatorio por complicaciones no relacionadas con el mismo (ingreso en UCI y reintervención quirúrgica por problemas relacionados con la cirugía)

MEDICIÓN DEL DOLOR EN PLANTA MEDIANTE LA ESCALA EVA EN REPOSO Y EN MOVIMIENTO:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0554

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA

En uno de los pacientes no fue valorable la escala EVA por barrera idiomática

Clasificación EVA:

- Leve (0-3)
- Moderado (4-7)
- Severo (8-10)

Primer día postoperatorio (medido en 18 pacientes): Quedan excluidos los dos pacientes a los que se les retiró por otros motivos el catéter, el paciente con barrera idiomática y la extracción accidental durante el primer día

EVA REPOSO:

-Leve ?14 pacientes (77%)

-Moderado ? 2 pacientes (11%)

-Severo ?2 pacientes (11%)

EVA MOVIMIENTO:

-Leve ? 12 pacientes (66%)

-Moderado ?4 pacientes (22%)

-Severo ?2 pacientes (11%)

Segundo día postoperatorio (medido en 6 pacientes)

EVA REPOSO:

-Leve ?5 pacientes (83,3%)

-Moderado ? 1 pacientes (16,6%)

-Severo ? 0 pacientes

EVA MOVIMIENTO:

-Leve ? 4 pacientes (66,6%)

-Moderado ? 2 pacientes (33,3%)

-Severo ? 0 pacientes

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL CATÉTER EPIDURAL DETECTADAS:

-Cuatro salidas accidentales: Del total de 22 pacientes recogidos, supone un 18%. En los tres casos que se produjo la extracción accidental durante el segundo día, fue en contexto de higiene y cambio postural

-Una cefalea postpunción dural que cedió con tratamiento analgésico convencional y reposo relativo

-Analgésia "parcheada" en uno de los pacientes

-Hipotensión sintomática en uno de los pacientes (solucionada disminuyendo la velocidad de infusión)

-Tres pacientes presentaron bloqueo sensitivo o motor de extremidades inferiores que se solucionó disminuyendo la velocidad de infusión del fármaco

-Tres pacientes precisaron rescates analgésicos endovenosos para control del dolor

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se hace necesario continuar con la recogida y análisis de datos de este proyecto para terminar de obtener una conclusión acerca del manejo del control postoperatorio del catéter epidural en planta, así como para seguir detectando efectos adversos y posibles errores humanos (como salidas accidentales) que deriven en un incorrecto control del dolor.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/554 ===== ***

Nº de registro: 0554

Título

CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA

Autores:

URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE, OLIVAN LAFUENTE BLANCA, CASTEL LANGA MARIA PILAR, DEMUR LAPLANA LAURA, BERGUA SALAS LORENZO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: POSTOPERADOS

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 - 2018/0554

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA

PROBLEMA

El control del dolor postoperatorio es esencial para brindar una mejor calidad de atención hospitalaria al paciente.

Dentro del amplio abanico de posibilidades para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio se encuentra la anestesia epidural, ampliamente conocida por su extendido uso para el trabajo de parto.

Realizamos este proyecto para implantar un mejor control del dolor postoperatorio, un control exhaustivo y correcto del catéter epidural, así como para evitar o detectar las posibles complicaciones derivadas del mismo, favoreciendo una pronta recuperación y rehabilitación.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pone en marcha este proyecto para iniciar un control de todos los pacientes portadores de catéter epidural implantado en el área quirúrgica.

Objetivos principales:

- Favorecer su permanencia
- Evitar un mal uso del mismo, así como manipulaciones externas incorrectas derivadas del desconocimiento de su uso
- Evitar la migración y extracción/salida accidental del catéter
- Disminuir el riesgo de infección y sus complicaciones asociadas
- Conseguir un alivio sostenido del dolor disminuyendo los requerimientos de opiáceos
- Evitar los efectos adversos de analgésicos endovenosos
- Conseguir una vasodilatación periférica en pacientes con isquemia de EEII
- Proporcionar al personal de enfermería los conocimientos y habilidades de las técnicas de fijación, mantenimiento y retirada del catéter epidural
- Identificar efectos adversos derivados de la analgesia epidural:
 - Hipotensión y bradicardia
 - Prurito
 - Náuseas y vómitos
 - Toxicidad neurológica
 - Bloqueo sensitivo y motor
 - Hematoma y absceso epidural
 - Sedación y depresión respiratoria

MÉTODO

Acciones previstas:

- Formación al Servicio de Enfermería de Hospitalización sobre el manejo básico y cuidados del catéter epidural, así como de los conocimientos necesarios para identificar situaciones potencialmente graves derivadas del mismo.
- Recogida por parte de Enfermería y del Servicio de Anestesia de datos diarios de cada catéter epidural que haya en planta mediante un sistema reglado (Hojas de evaluación del catéter epidural).
- Archivo de las mismas durante el periodo de un año y evaluación de los resultados para identificar complicaciones y evaluar el control del dolor postoperatorio.

INDICADORES

- Existencia y disponibilidad del material necesario.
- Datos a recoger en las Hojas de control de catéter epidural:
 - Nombre del paciente y cama de hospitalización
 - Fecha de colocación del catéter, nivel del mismo, fármaco, concentración del mismo, y velocidad de infusión
 - Tipo de cirugía realizada
 - EVA en reposo y a la movilización
 - Presencia de prurito (y asociación o no con opiáceos)
 - Bloqueo sensitivo-motor de EEII
 - Plan para el día siguiente
 - Última analítica antes de la retirada del catéter
 - Fecha de retirada del mismo
- Registro con los datos obtenidos en las Hojas de control durante el periodo de un año para calcular:
 - Porcentaje de pacientes con catéter epidural que son intervenidos
 - Porcentaje de pacientes que presentan salida accidental del catéter epidural
 - Identificar efectos adversos y complicaciones derivadas del catéter epidural
- Comparar los datos obtenidos con la incidencia habitual de efectos adversos y complicaciones.

DURACIÓN

- Sesión/formación a Enfermería de Hospitalización (fecha aún por determinar) una vez aprobado el proyecto.
- Inicio de la recogida de datos desde la aprobación del proyecto hasta el segundo semestre de 2019.
- Reuniones periódicas cada dos meses entre Enfermería y el Servicio de Anestesia para identificar problemas durante la recogida de datos.
- Análisis de los resultados obtenidos tras finalizar la recogida de datos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0554

1. TÍTULO

CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA

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 - 2018/0588

1. TÍTULO

REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE BLANCA OLIVAN LAFUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VILA MENGUAL MARIA FRANCISCA
URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE
SANCHEZ JIMENEZ ANGEL ENRIQUE
GALLEGO ESTRADA FERNANDO
GOMEZ GIMENO ANGELICA
BERGUA SALAS LORENZO
ZABAU FERMOSELLE JARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Diseño de hoja en papel para registro de casos de punción dural, de datos de interés acerca de la técnica y de sintomatología acompañante.
-Archivo de dichas hojas en fichero del número de punciones dural, que se han producido durante realización de técnica epidural para trabajo de parto, desde junio de 2018.
-Control diario de sintomatología de las mismas, así como analgesia en planta, hasta el alta. Registro de otras complicaciones en caso de producirse.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han registrado un total de 4 punciones dural durante la realización de la técnica epidural en pacientes para analgesia de trabajo de parto, desde junio de 2018.
Todas ellas han recibido seguimiento, control diario de la sintomatología por parte del servicio de Anestesia durante su ingreso en planta hasta el alta.
Para ello, se ha utilizado un formulario diseñado para el proyecto en el que se han recogido los siguientes datos:

-Datos del paciente (etiqueta)
-Fecha de punción dural y circunstancias de la misma (por ejemplo, punción con aguja versus punción con catéter).
-Valoración de cefalea (EVA) y características de la misma.
-Náuseas y/o vómitos.
-Fotofobia.
-Focalidad neurológica.
-Necesidad de reposo absoluto.
-Inicio de deambulacion.
-Duración en días de la sintomatología.
-Tratamiento analgésico que se está administrando. Necesidad de analgesia de rescate.
-Necesidad de técnicas invasivas para tratamiento como parche hemático.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo realizado ha cumplido el objetivo de dejar registrado este tipo de complicación que se produce con cierta frecuencia durante la realización de la técnica epidural para trabajo de parto, y que aunque no suele tener consecuencias graves en la mayoría de las ocasiones, suele ir acompañada de un cortejo de síntomas que pueden resultar invalidantes para la paciente los días posteriores.
Pensamos que es interesante el registro y seguimiento de las punciones dural que se realizan para ser conscientes de la frecuencia con la que se producen, así como para poder realizar un seguimiento y control óptimo de las mismas por parte de nuestro servicio, y así poder mejorar y protocolarizar el tratamiento analgésico de las mismas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/588 ===== ***

Nº de registro: 0588

Título
REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0588

1. TÍTULO

REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO

Autores:
OLIVAN LAFUENTE BLANCA, VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA, URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE, SANCHEZ JIMENEZ ANGEL ENRIQUE, GALLEGU ESTRADA FERNANDO, GOMEZ GIMENO ANGELICA, BERGUA SALAS LORENZO, ZABAU FERMOSELLE JARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
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.....:

PROBLEMA

La CPPD es la complicación mayor más habitual tras anestesia neuroaxial, y es especialmente frecuente en obstetricia. Suele ser una complicación benigna y autolimitada, pero sin vigilancia y sin tratamiento puede conducir a otras complicaciones más graves.

Actualmente, en el servicio de Anestesia, se realiza un seguimiento de los casos de CPPD y se lleva a cabo un tratamiento individualizado, pero no existe un registro real del número de casos que se producen, y por ello, cabe la posibilidad de que se produzca un inadecuado control de los mismos.

Este proyecto surge de la necesidad de conocer la situación real de esta complicación en nuestro servicio, así como la frecuencia con la que se produce y sus efectos secundarios, para lograr un adecuado manejo y tratamiento de la misma.

RESULTADOS ESPERADOS

- Identificar y registrar el número de casos de CPPD por año que se producen.
- Mejorar el control, seguimiento y tratamiento de CPPD.
- Estandarizar el tratamiento de CPPD para manejo de este tipo de complicación de manera protocolizada.
- Proporcionar a la paciente la información necesaria acerca de la CPPD.

MÉTODO

Acciones previstas:

- Diseño de hoja tipo para registro de casos, de datos de interés acerca de la técnica y de sintomatología acompañante.
- Archivo en fichero de todos los casos que se produzcan durante el año, con su hoja adjunta con la información necesaria de cada caso.
- Control diario de sintomatología y analgesia en planta, hasta el alta.
- Registro de complicaciones añadidas a la cefalea.
- Valoración por parte de la paciente de la atención recibida.
- Estudio de resultados un año vista.

INDICADORES

Datos a recoger en hoja de control diseñada para el proyecto:

- Datos del paciente (etiqueta)
- Fecha de punción dural y circunstancias de la misma (por ejemplo, punción con aguja versus punción con catéter).
- Valoración de cefalea (EVA) y características de la misma.
- Náuseas y/o vómitos.
- Fotofobia.
- Focalidad neurológica.
- Necesidad de reposo absoluto.
- Inicio de deambulación.
- Duración en días de la sintomatología.
- Tratamiento analgésico que se está administrando. Necesidad de analgesia de rescate.
- Necesidad de técnicas invasivas para tratamiento como parche hemático.

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: junio 2018

Recogida de datos durante el periodo de un año y análisis de los resultados descritos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0588

1. TÍTULO

REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO

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 - 2018/0913

1. TÍTULO

TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

Fecha de entrada: 16/02/2019

2. RESPONSABLE CRISTIAN INGLES SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión con delegados de casas comerciales, redacción de múltiples informes técnicos y económicos con el fin de poder disfrutar del material necesario para la realización una técnica quirúrgica que ya se realiza cotidianamente en el Hospital Universitario Miguel Servet, en el HCU Lozano Blesa y en el Hospital Provincial de Zaragoza.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aceptación por la Comisión de Adquisiciones del Área de Huesca en la sesión celebrada el día 24 de enero de 2019 la compra de la tecnología necesaria para poder operar varices mediante termoablación con láser

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La conclusión es que existen demasiadas trabas para adquirir una tecnología ya incluida en el Servicio Aragonés de Salud y con lo que se tiene una amplia experiencia en su utilización.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/913 ===== ***

Nº de registro: 0913

Título
TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

Autores:
INGLES SANZ CRISTIAN, FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA, MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La insuficiencia venosa crónica es una patología con una elevada prevalencia en la población. El tratamiento clásico mediante safenectomía tiene una considerable morbilidad y conlleva una baja laboral de unos 30-45 días. Desde aproximadamente 15 años existen nuevas técnicas menos invasivas mediante procedimientos endovenosos más rápidos, menos agresivos y con mejor postoperatorio.

RESULTADOS ESPERADOS

- Población diana: Pacientes con insuficiencia venosa crónica menores de 75 años.
- Disminuir la estancia media
- Disminuir número de pacientes en lista de espera al realizar más intervenciones en la jornada quirúrgica
- Disminuir el tiempo de baja médica
- Aumentar la calidad de vida

MÉTODO

- Formación al personal de enfermería en el manejo del procedimiento endovascular.
- Adquisición de generador y fibras para EVLA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0913

1. TÍTULO

TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

- Recursos materiales: ecógrafo, funda de ecógrafo, indroductores 6F, aparato para anestesia tumescente, generador de potencia, fibras láser y calzador de media.
- Elaboración de documento informativo postquirúrgico

INDICADORES

Tasa de oclusión de Vena safena a los 3, 6 y 12 meses (90-95%).

DURACIÓN

Inicio proyecto Julio 2018
Finalización Julio 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 - 2018/0914

1. TÍTULO

ESTUDIO Y MARCAJE ECOGRAFICO PARA LA PLANIFICACION QUIRURGICA DE FAV PARA HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 16/02/2019

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
INGLES SANZ CRISTIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha evaluado a todo pacientes en hemodiálisis o pre-diálisis de los sectores de Huesca y Barbastro a petición de los servicios de nefrología correspondientes. En dicha valoración se ha realizado una anamnesis, una exploración física y una valoración mediante ecodoppler de ambos miembros superiores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado en 2018 en total 47 fístulas arteriovenosas (FAV) de 52 pacientes evaluados. Los 5 pacientes que se descartó la realización de FAV, las causas fueron en todos ellos la ausencia de venas para la realización de una FAV autóloga y el alto riesgo quirúrgico para la realización de una FAV protésica. Todas han sido intervenidas en menos de 60 días desde el momento de la evaluación por cirugía vascular del paciente excepto en 2 casos en los que los pacientes rechazaron en un primer momento la realización de la FAV. De las 47 FAV realizadas: 3 fueron con prótesis de PTFE, 6 humerobasílicas complejas con superficialización y las 38 restantes humerocefálicas radiocefálicas. Las 38 FAV del último apartado se realizaron en todos los casos sin ingreso y con anestesia local y las 9 restantes con anestesia general y con un ingreso media de 1,2 días.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es imprescindible la valoración ecográfica previa a la realización de una FAV para hemodiálisis con el fin de cartografiar la anatomía venosa y arterial del paciente y así optimizar la estrategia quirúrgica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/914 ===== ***

Nº de registro: 0914

Título
ESTUDIO Y MARCAJE ECOGRAFICO PARA LA PLANIFICACION QUIRURGICA DE FAV PARA HEMODIALISIS

Autores:
FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA, INGLES SANZ CRISTIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El acceso vascular para hemodiálisis es esencial para el enfermo renal tanto por su morbimortalidad asociada como por su repercusión en la calidad de vida.
El objetivo del proyecto es optimizar la fístula arterio-venosa, para lograr un acceso vascular nativo y disminuir la necesidad de colocación de catéter para hemodiálisis.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: pacientes con insuficiencia renal crónica en los que se prevea un inicio próximo de hemodiálisis o que ya hayan iniciado tratamiento.
Agilizar la valoración de los pacientes con necesidad de FAV.
Aumentar el número de pacientes con acceso vascular apto para hemodiálisis.
Disminuir el número de pacientes con catéter vascular.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0914

1. TÍTULO

ESTUDIO Y MARCAJE ECOGRAFICO PARA LA PLANIFICACION QUIRURGICA DE FAV PARA HEMODIALISIS

MÉTODO

Realizar valoración de todos los pacientes mediante exploración física y ecodoppler.

INDICADORES

Nº pacientes evaluados/mes

% pacientes intervenidos en <60 días

DURACIÓN

Inicio de actividad: Julio 2018

Fin de actividad: Julio 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 - 2018/1328

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA JIMENA SANCHEZ PRIETO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BANIANDRES RODRIGUEZ IRENE
ZAMORA CATEVILLA ARANZAZU
RAMIREZ SANAGUSTIN PATRICIA
SANTANDER LABAZUY LAURA
GIMENEZ RIVARES PATRICIA
BETRAN GABAS MARIA SOLEDAD
LOPEZ BESCOS SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE HAN REALIZADO REUNIONES DE TRABAJO PARA RECOPIAR INFORMACIÓN SOBRE LA SAFENECTOMÍA Y LOS CUIDADOS A REALIZAR EN EL PACIENTE, AL ALTA A SU DOMICILIO-
SE HA FORMADO EL TRÍPTICO Y ESTÁ EN FASE DE REVISIÓN E IMPRESIÓN DEL MISMO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

? REDUCIR LA ANSIEDAD ANTE EL HECHO DE IR A DOMICILIO EN 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN Y FOMENTAR LA ACTIVIDAD PRECOZ
? DAR CONFIANZA, RESOLVIENDO SUS DUDAS ANTES DEL ALTA.
? QUE LA PERSONA QUE RECIBE EL TRÍPTICO MANIFIESTE QUE ENTIENDE LOS CUIDADOS QUE PRECISA EN SU DOMICILIO.
? TODOS LOS PACIENTES INTERVENIDO DE VARICES SE VAYAN AL DOMICILIO CON EL DÍPTICO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

ES IMPORTANTE EL TRABAJO EN EQUIPO, EN TODAS LAS CATEGORIAS, APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA Y /O CONOCIMIENTOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL PROYECTO, REVISANDO LA BIBLIOGRAFIA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1328 ===== ***

Nº de registro: 1328

Título
TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA HOSPITALARIA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES

Autores:
SANCHEZ PRIETO PATRICIA, BANIANDRES RODRIGUEZ IRENE, ZAMORA CATEVILLA ARANZAZU, RAMIREZ SANAGUSTIN PATRICIA, SANTANDER LABAZUY LAURA, GIMENEZ RIVARES PATRICIA, BETRAN GABAS MARIA SOLEDAD, LOPEZ BESCOS SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
ANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA LIMITADA A 24H TRAS LA INTERVENCION, SE HA DETECTADO LA NECESIDAD DE DAR APOYO AL PACIENTE Y SUS FAMILIAS, PARA EL CUIDADO DE LAS HERIDAS PROPIAS DE LA INTERVENCION, DE LAS ACTIVIDADES QUE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1328

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES

PUEDE REALIZAR TRAS LA CIRUGIA, FACILITANDO AL PACIENTE TRIPTICO INFORMATIVO DE CUIDADOS POSTERIORES A LLEVAR A CABO EN EL DOMICILIO.

RESULTADOS ESPERADOS

- QUE EL PACIENTE INTERVENIDO MANIFIESTE ENTENDER LA INFORMACIÓN DADA AL ALTA HOSPITALARIA
- REDUCIR LA ANSIEDAD ANTE EL HECHO DE IR A CASA EN 24 HORAS
- FOMENTAR LA ACTIVIDAD PRECOZ TRAS LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA FAVORECIENDO SU AUTONOMÍA, HACIENDO HINCAPIÉ EN LAS RECOMENDACIONES NECESARIAS EN EL DOMICILIO.
- TODO PACIENTE INTERVENIDO DE VARICES SE IRÁ A CASA CON EL TRÍPTICO.

MÉTODO

- REALIZACIÓN DEL TRÍPTICO
- REALIZACIÓN DE REUNION CON EL EQUIPO DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE CIRUGIA VASCULAR, PARA INICIO DEL PROYECTO.

INDICADORES

- EL 100% DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES SE IRÁN CON EL TRÍPTICO AL ALTA HOSPITALARIA.
- EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SE ASEGURARÁ LA COMPRENSIÓN DEL PACIENTE Y/O FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS EXPLICADOS MEDIANTE PREGUNTAS DIRECTAS Y CONCISAS.

DURACIÓN

DE JUNIO A SEPTIEMBRE DE 2018: REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO PARA BUSCAR LA INFORMACIÓN SOBRE LOS CUIDADOS AL ATA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO A DESARROLLAR.
DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2018 : REUNIONES PARA REALIZAR EL TRIPTICO INFORMATIVO
DICIEMBRE 2018: MANDAR A REPROGRAFIA EL TRITICO Y DARLO A CONOCER A TODO EL PERSONAL DE LA PLANTA PARA SU USO.

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 - 2018/0139

1. TÍTULO

RCP FITNESS. MANTENIENDO UN EQUIPO EN FORMA ANTE LA PCR INTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA GRACIA AZNAREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RIVERO FERNANDEZ ELENA
ARTERO BELLO PILAR
BRUN GUINDA DAVID
ONDIVIELA PEREZ JORGE
ANORO CASBAS MARIA JOSE
CALLEN SALVATIERRA MONICA
LIESA PELAY LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La parada cardiaca intrahospitalaria es un problema importante de salud pública, con alta incidencia (5/1000 ingresos) y alta mortalidad (hasta 20%). La supervivencia y la calidad de vida posterior dependen directamente del tiempo de respuesta. Nuestro proyecto pretende mejorar la rapidez de respuesta al inicio de las maniobras de resucitación, la mejora del trabajo en equipo y disminuir la incertidumbre del personal implicado en la atención de esta patología.

Para ello hemos creado un grupo de trabajo con los integrantes del proyecto, realizando un estudio de los indicadores de calidad de nuestro proceso y seleccionando aquellos con mayor relevancia para alcanzar la eficiencia en el procedimiento. Se engloban en indicadores de rapidez de respuesta a la llamada, indicadores de adecuación del personal y del material, indicadores del proceso de atención y de valoración del resultado final. Se ha elaborado una check list con 26 items en los que valoramos: identificación de la situación de parada cardiaca (constantes vitales); la toma de tiempos (primer aviso, inicio maniobras básicas, llegada personal asistencial, inicio maniobras avanzadas); monitorización; realización correcta de resucitación básica; desfibrilación; realización correcta de RCP avanzada; asunción de tareas específicas por cada miembro del equipo de resucitación; disponibilidad del material necesario para la atención de la parada; presencia de la Historia Clínica en la habitación del paciente; orden expresa de no RCP o documento de voluntades anticipadas en la Historia Clínica si era el caso; éxito o fracaso en la recuperación de circulación espontánea.

Hemos realizado dos simulacros sorpresa con muñeco, implicando al personal de la planta y personal de UCI, recreando las distintas situaciones de una parada cardiaca de la práctica clínica habitual, analizando posteriormente la intervención mediante los items de la check list y grabación en video del procedimiento. Tras los simulacros se ha hecho una puesta en común con el personal de la planta para identificar los campos de mejora y una sesión formativa.

Los objetivos fijados son iniciar la RCP básica antes de los 4 minutos y la avanzada (incluyendo desfibrilación si procede) antes de los 8 minutos, procurando disminuir los tiempos de respuesta al menos en un 20%. Pretendemos sistematizar la realización correcta de las maniobras de resucitación y su secuencia temporal mediante la asignación de los roles específicos para cada persona implicada en la atención. Y con ello disminuir el estrés del personal en la atención de esta patología valorado con una encuesta del 1 (nada de mejora) al 4 (mucho mejora).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con el proyecto hemos conseguido mejorar los tiempos de respuesta. En el primer simulacro se tardó 3'40 min en dar el primer aviso, en el último 40'', mejora del 82%. El tiempo de inicio de RCP básica en el primero fue 5'30 y en el último 2'30, mejora del 55%, quedando por debajo del estándar fijado. El tiempo en llegar el médico a la habitación pasó de 5'30 en el primero a 2'50 en el último, mejora 48%. Las maniobras se realizaron correctamente en todos los casos, mejorando mucho la rapidez y el orden del primer a último simulacro, mediante el entrenamiento y la actualización del conocimiento.

Se ha logrado disminuir la incertidumbre, y con ella el estrés del personal ante la situación de la parada cardiaca en planta, de forma notable: 3 en la encuesta de valoración al personal sobre una escala del 1 (nada de mejora) al 4 (mucho mejora).

Se ha realizado un video final con los estándares de actuación, de gran utilidad para las sesiones de repaso. En las sesiones de puesta en común hemos acordado los roles de cada uno de los participantes con vistas a la estandarización del proceso, con resultados todavía incompletos en la última práctica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El resultado del proyecto ha sido satisfactorio por haber logrado identificar los objetivos de mejora, plasmándolos en la check list como herramienta con contenido adecuado y de fácil visualización a la hora de analizar el proceso. La participación e implicación del personal ha sido buena y ha permitido mejorar la actuación desde los distintos puntos de vista.

Tras completar el proyecto se ha evidenciado una importante mejora en los tiempos de respuesta y en la aplicación eficiente de las técnicas de RCP. Hemos conseguido entrar en los estándares de calidad, que no alcanzábamos al inicio. La mejora ha sido modesta en la asunción de roles por cada miembro del equipo, identificándolo como un aspecto de mejora, al igual que la percepción de situación de estrés. Hemos identificado la importancia de organizar un número de teléfono único para la atención a la PCR. Hemos propuesto realizar un documento con la secuencia de actuación para cada estamento implicado con el fin de facilitar el proceso.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0139

1. TÍTULO

RCP FITNESS. MANTENIENDO UN EQUIPO EN FORMA ANTE LA PCR INTRAHOSPITALARIA

Del proyecto surge el reconocimiento por parte del personal implicado de la utilidad de este entrenamiento y la demanda de establecerlo de forma periódica en la planta de hospitalización

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/139 ===== ***

Nº de registro: 0139

Título
RCP FITNESS. MANTENIENDO UN EQUIPO EN FORMA ANTE LA PCR INTRAHOSPITALARIA

Autores:
GRACIA AZNAREZ MARIA, RIVERO FERNANDEZ ELENA, ARTERO BELLO PILAR, ANORO CASBAS MARIA JOSE, CALLEN SALVATIERRA MONICA, CHAMORRO GANDUYO JUANA, BRUN GUINDA DAVID, ONDIVIELA PEREZ JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras detectar la necesidad de difundir las secuencias de actuación en las situaciones de riesgo vital y el entrenamiento en las mismas, se propone un plan para consolidar el entrenamiento en RCP como actividad formativa en el personal de la sexta planta del hospital San Jorge.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la rapidez del inicio de las maniobras de RCP y la monitorización del paciente en parada cardiaca. Mejora del trabajo en equipo Disminución de la incertidumbre ante estas situaciones

MÉTODO
Test de valoración de conocimientos básicos en la secuencias de actuación en Noviembre y en Junio Sesión formativa. Entrega de material básico Entrenamiento trimestral cronometrado Encuesta de satisfacción : estres ante la situación, satisfacción con trabajo en equipo

INDICADORES
Asistencia a sesiones formativas Tiempo desde alarma de parada hasta inicio de RCP (Junio menos Noviembre) Tiempo hasta la monitorio (Junio menos Noviembre) % de aciertos en el test de valoración de conocimiento básicos RCP (Junio- Septiembre) Puntuación de estrés ante situación: Junio- Septiembre Satisfacción con el trabajo en equipo: Junio- Septiembre

DURACIÓN
Test de valoración de conocimientos básicos en la secuencias de actuación en Noviembre y en Junio Sesión formativa. Entrega de material básico Diciembre Entrenamiento trimestral cronometrado: Enero y Mayo Encuesta de satisfacción post entrenamiento : estres ante la situación, satisfacción con trabajo en equipo. Enero y Mayo

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 - 2018/0170

1. TÍTULO

REGISTRO DE CARDIOPATIAS FAMILIARES Y PROTOCOLIZACION DE SCREENING Y ESTUDIO GENETICO

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE ELENA RIVERO FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA AZNAREZ MARIA
MARQUINA BARCOS ADOLFO
BRUN GUINDA DAVID
ONDIVIELA PEREZ JORGE
ALINS REMI IGNACIO
VILLARROEL SALCEDO MARIA TERESA
PONTAQUE ABADIAS LAURA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar, en Abril del 2018, redactamos el protocolo de estudio genético y screening de las cardiopatías familiares en el Hospital San Jorge, especificando el modo de registro y las pruebas a realizar de los pacientes afectos de enfermedades cardiacas genéticas.
Posteriormente, entre Mayo y Junio del 2018 iniciamos un registro de todos los pacientes afectos de una posible cardiopatía familiar. Una vez identificados los probandos realizamos el árbol genealógico de cada familia. El árbol genealógico, queda registrado en el drive de Cardiología (www.cardiologia.huesca@gmail.com). De esta manera la información de los pacientes queda accesible para todo el servicio de Cardiología de una forma ordenada y rápida. Así mismo, la información queda informatizada y los árboles no aparecen en la historia clínica de los pacientes puesto que en ellos se incluye información de otros familiares que no tiene porqué ser conocida por otro familiar sin previo consentimiento.
Desde Julio a Diciembre del 2018 solicitamos el estudio genético del probando en los casos en los que estaba indicado según la rentabilidad en la patología, el valor del resultado en el estudio familiar y la voluntad del paciente. El estudio genético, consistente en una analítica de sangre, se solicita a través de un formulario específico que se realiza en la secretaría de Cardiología y se remite al Hospital Universitario Miguel Servet. El paciente debe ser informado debidamente y firmar el consentimiento para realizar el estudio.
Tras los resultados del estudio genético del probando realizamos el estudio genético a los familiares si se identifica la variante patogénica responsable de la enfermedad o variantes de significado incierto en las que se recomienda ampliar el estudio familiar. Si el estudio genético del probando identifica una variante benigna no sirve para confirmar el diagnóstico ni está indicado el estudio genético de los familiares.
En cualquier caso, tras los resultados del estudio genético, iniciamos el estudio de los familiares con las pruebas diagnósticas indicadas en cada patología (ECG, ecocardiograma, etc...) para poder identificar a los posibles afectos de la cardiopatía familiar precozmente. Se deberá realizar un seguimiento periódico de pacientes afectos y familiares susceptibles de desarrollar la enfermedad. Estos seguimientos se prolongarán hasta los 60 años en el caso de las miocardiopatías, momento a partir del cual se considera que no se desarrolla ya el fenotipo de la enfermedad. En el caso de familiares en los que se haya descartado la enfermedad con realización de un test genético negativo para la mutación genética identificada en la familia podrán ser dados de alta sin necesidad de seguimientos periódicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores utilizados fueron los siguientes:

- Número de pacientes con posible cardiopatía familiar incluidos en el registro: 45
- Número de pacientes a los que se les ha realizado estudio genético (incluye probandos y familiares): 64
- Número de familias estudiadas: 25

Dada la prevalencia de las cardiopatías familiares en la población general (1 de cada 400 personas), durante este tiempo hemos registrado una buena parte de las familias afectas en nuestra población de referencia, y seguiremos completando el registro conforme vayan surgiendo los pacientes con este tipo de cardiopatía. El número de estudios genéticos realizados hasta la fecha es concordante con el número de familias estudiadas, puesto que la indicación de realizarlo depende de varios factores como son rentabilidad del estudio en la cardiopatía, el valor del resultado en el estudio familiar y la voluntad del paciente.
De los 45 probandos incluidos en el registro, el estudio genético fue positivo en 11 de ellos (24%), permitiendo descartar la enfermedad en sus familiares e identificar a aquellos portadores susceptibles de desarrollar la enfermedad que requieren un seguimiento más estrecho. En 13 (28%) de ellos se detectaron variables de significado incierto, son mutaciones que actualmente, con el conocimiento disponible, se desconoce si producen la enfermedad o no. En el resto el estudio genético fue negativo, o bien no se realizó por diferentes motivos o está aún pendiente de resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las cardiopatías familiares son un grupo de enfermedades cardiacas que tienen en común el tener una base genética y una presentación familiar. Afectan a 1 de cada 400 personas de la población general lo que supone unas 1000 familias por cada 500.000 habitantes. Además todas ellas son enfermedades que pueden relacionarse

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0170

1. TÍTULO

REGISTRO DE CARDIOPATIAS FAMILIARES Y PROTOCOLIZACION DE SCREENING Y ESTUDIO GENETICO

con la muerte súbita, siendo las cardiopatías familiares la causa más frecuente de muerte súbita en menores de 35 años y la cardiopatía isquémica en el resto de la población. Según las últimas recomendaciones y guías clínicas se debe realizar un estudio genético para el diagnóstico de las mismas (con diferente grado de recomendación según la enfermedad) y sobretodo un estudio de los miembros de la familia para poder identificar precozmente a los sujetos susceptibles de padecer la enfermedad permitiendo de esta manera instaurar un tratamiento de la enfermedad en estadios más iniciales, prevenir eventos y realizar un asesoramiento reproductivo.

Es fundamental una adecuada organización y un sistema de registro que permita identificar a los familiares de los pacientes con cardiopatía genética de una forma eficiente, sobre todo teniendo en cuenta que en muchas ocasiones estas enfermedades pueden debutar con muerte súbita. Además la identificación de estas cardiopatías permite realizar un consejo profesional y deportivo, puesto que muchas de las arritmias mortales tienen relación con el ejercicio y hay ciertas profesiones que se deben evitar.

El protocolo de estudio y screening de cardiopatía familiares nos ha permitido mejorar la atención de los pacientes con este tipo de enfermedades del corazón y continuaremos realizando el registro y ampliando el número de familias estudiadas conforme vayamos diagnosticando nuevos casos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/170 ===== ***

Nº de registro: 0170

Título
REGISTRO DE CARDIOPATIAS FAMILIARES Y PROTOCOLIZACION DE SCREENING Y ESTUDIO GENETICO

Autores:
RIVERO FERNANDEZ ELENA, GRACIA AZNAREZ MARIA, MARQUINA BARCOS ADOLFO, BRUN GUINDA DAVID, ONDIVIELA PEREZ JORGE, ALINS REMI IGNACIO, VILLAROEL SALCEDO MARIA TERESA, PONTAQUE ABADIAS LAURA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las cardiopatías familiares son un grupo de enfermedades caracterizadas por tener una presentación familiar, una base genética y ser potencialmente causantes de muerte súbita. El diagnóstico temprano de los familiares permite identificar precozmente a los sujetos susceptibles de padecer la enfermedad permitiendo prevenir eventos, instaurar un tratamiento de la enfermedad en estadios más iniciales y realizar un asesoramiento reproductivo.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar un registro de los pacientes con cardiopatías familiares, realizar el estudio genético del probando y posteriormente el screening familiar.
Las enfermedades cardíacas objetivo serían miocardiopatías (M. Hipertrófica, M. arritmogénica, M. dilatada, M. restrictiva, M. no compactada), canalopatías (Sd. QT largo, Sd. QT corto, Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica, Sd. Brugada) y enfermedades de la aorta (S. Marfan y otros síndromes).

MÉTODO
Diseño del protocolo de estudio.
Registro de todos los pacientes afectos de una posible cardiopatía familiar.
Estudio genético de los probandos.
Realización de árboles familiares de cada paciente afecto.
Según resultados del estudio genético se realizaría el estudio genético a los familiares (si se identifica el gen responsable de la enfermedad) o el estudio con ECG/ecocardiograma (si no se identifica el gen responsable).
Seguimiento periódico de pacientes afectos y familiares susceptibles de desarrollar la enfermedad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0170

1. TÍTULO

REGISTRO DE CARDIOPATIAS FAMILIARES Y PROTOCOLIZACION DE SCREENING Y ESTUDIO GENETICO

INDICADORES

Número de familias incluidas en el registro.

Número de pacientes con posible cardiopatía familiar a los que se les realiza estudio genético.

Número de familias estudiadas.

DURACIÓN

Abril-Junio 2018: diseño del protocolo, registro de datos de los pacientes con sospecha de cardiopatía familiar y realización de árboles genealógicos.

Julio-Diciembre 2018: Estudio de probandos e inicio de estudio de familiares

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 - 2018/0355

1. TÍTULO

CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN CARDIO-ONCO-HEMATOLOGIA: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA MONITORIZACION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD SECUNDARIA A TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE PILAR ARTERO BELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARCO BETES VICTOR
LASTRA DEL PRADO RODRIGO
MILLASTRE BOCOS ESTHER
TOBENA PUYAL MARIA
MADANI PEREZ JULIA
MARQUINA BARCOS ADOLFO
ALINS RAMI ADOLFO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se ha creado un equipo multidisciplinar entre Cardiología, Oncología y Hematología compuesto por 2 miembros de cada especialidad.
-Se ha elaborado un borrador del Protocolo: Monitorización y diagnóstico precoz de cardiotoxicidad y Derivación a la consulta de Cardio-oncología, que posteriormente ha sido consensuado y modificado por parte del equipo multidisciplinar hasta su elaboración definitiva, aspecto que ha retrasado la aplicación del mismo y apertura de la consulta según el calendario previsto. Se ha creado un Chek-list resumen del protocolo (sobre los criterios de derivación a la consulta) para facilitar su aplicación.
-Se ha abierto una consulta ambulatoria de Cardio-oncología, un día a la semana que precisa de un cardiólogo, una enfermera y un ecocardiógrafo.
-Se han realizado sesiones informativas en los diferentes servicios para comunicar el protocolo a los profesionales. Los pacientes serán informados en la primera visita a la consulta de Oncología-Hematología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Obtención de un protocolo conjunto multidisciplinar, siguiendo las directrices de la Sociedad Española de Cardiología, Hematología y Oncología, pero adaptado a nuestro medio y nuestro hospital, consensuado por los tres Servicios, así como la creación del Equipo multidisciplinar tal y como nos habíamos marcado.

Impacto: La Cardiotoxicidad es una complicación en la mayoría de los casos a largo plazo (10 años) por lo que su verdadero impacto se verá en el futuro. Lo que queremos conseguir con este protocolo es un diagnóstico en fase precoz y por lo tanto aun reversible, para que no la lleguen a desarrollar. Actualmente el impacto radica en no retrasar el inicio del tratamiento oncológico y evitar su suspensión por problemas de cardiotoxicidad, lo que conlleva un mejor pronóstico de su proceso oncológico y por lo tanto de su supervivencia. Se ha creado una base de datos para recoger todos los pacientes remitidos a la consulta, pero dado el poco tiempo desde su puesta en marcha los indicadores referidos en la memoria inicial no son aún del todo aplicables. Los indicadores que se han podido medir, es el número de pacientes que se les ha aplicado el protocolo (86%), número de pacientes remitidos a la consulta de media a la semana: 4, Número de pacientes que se les ha retrasado el inicio de tratamiento quimioterápico por descartar cardiotoxicidad: 0.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creación de un protocolo ha sido una herramienta muy positiva ya que permite a los profesionales implicados saber actuar en otros campos diferentes a los de su especialidad, pero muy importantes por las consecuencias pronosticas que tienen. Así los Hematólogos y Oncólogos saben cuándo derivar a cardiología y las pruebas a realizar para la monitorización de cardiotoxicidad y los Cardiólogos saben que complicación puede derivar de cada tratamiento oncológico para actuar de forma precoz.
El equipo multidisciplinar ha facilitado la comunicación entre nosotros y permite reunirnos en caso de necesidad. Queda pendiente realizar en los Centros de Salud sesiones informativas del protocolo a los Médicos de Atención Primaria.
La sostenibilidad del proyecto radica en que la cardiotoxicidad es un importante problema en crecimiento, consecuencia del aumento de la supervivencia del cáncer y la mayor edad de los supervivientes y precisa de pocas pruebas, no muy costosas y sin efecto nocivo para los pacientes para su diagnóstico en una fase precoz. Es un proyecto que ya se está realizando en varios Hospitales de España adaptado a cada centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/355 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0355

1. TÍTULO

CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN CARDIO-ONCO-HEMATOLOGIA: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA MONITORIZACION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD SECUNDARIA A TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS

Nº de registro: 0355

Título
CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN CARDIO-ONCO-HEMATOLOGIA: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA MONITORIZACION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD SECUNDARIA A TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS

Autores:
ARTERO BELLO PILAR, MARCO BETES VICTOR, LASTRA DEL PRADO RODRIGO, MILLASTRE BOCOS ESTHER, TOBEÑA PUYAL MARIA, MADANI PEREZ JULIA, MARQUINA BARCOS ADOLFO, ALINS RAMI IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los avances en la detección precoz y el tratamiento del cáncer han reducido de manera significativa la mortalidad de los pacientes, sin embargo, para mejorar el pronóstico también es necesario prevenir, diagnosticar y tratar eficazmente las complicaciones relacionadas con las mismas, entre ellas la cardiotoxicidad, definida como el conjunto de enfermedades cardiovasculares derivadas de los tratamientos onco-hematológicos y que incluyen no sólo la disfunción ventricular, sino también la cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, arritmias, valvulopatías....en función de los fármacos utilizados.
La toxicidad cardiovascular de dichas terapias es un problema ampliamente reconocido con múltiples esquemas terapéuticos, pero la evidencia científica es escasa en cuanto a su manejo.
Hoy por hoy en nuestro hospital a los pacientes con potencial riesgo de toxicidad cardiovascular se les realizan ecocardiogramas de control, pero no hay un equipo multidisciplinar para tomar decisiones conjuntas en cuánto qué pacientes se podrían beneficiar por ser de mayor riesgo de un control más estrecho o de un tratamiento previo, ni un protocolo de actuación de monitorización y diagnóstico precoz de dicho daño, además esto puede llevar a una preocupación excesiva por la aparición de toxicidad que impida terapias potencialmente curativas, así como la subestimación de éste riesgo que puede comprometer el pronóstico vital a largo plazo.
Por ello es útil crear equipos multidisciplinarios locales para optimizar los resultados en salud tanto de los pacientes con cáncer como de los supervivientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Creación de un equipo local multidisciplinar Cardio-onco-hematología cuyo objetivo sea:

- Agilizar la comunicación entre los profesionales implicados en el proceso del cáncer.
- Desarrollar un protocolo local de prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones cardiovasculares.
- Facilitar el tratamiento oncológico.
- Evitar interrupciones en la administración del tratamiento antitumoral.

Creación de una consulta en Cardiología para pacientes oncológicos cuyo objetivo sea:

- Optimizar el control de los factores de riesgo cardiovascular.
- Optimizar medidas terapéuticas de protección cardiaca.
- Identificar y tratar precozmente posibles toxicidades cardiovasculares.
- Programar un seguimiento de los supervivientes al cáncer.

MÉTODO

En primer lugar se va a realizar un Protocolo de actuación en función del tratamiento oncológico que se vaya a administrar, que describa: cómo estratificar el riesgo cardiovascular del paciente y tipo de pruebas que hay que realizar tanto de forma basal como a lo largo del tratamiento para detección precoz (por ejemplo en caso de administración de antraciclinas, ecocardiograma y biomarcadores), así como los pacientes que necesitan un seguimiento más estrecho en la consulta de Cardiología para tratamiento ya sea preventivo o por detección precoz de cardiotoxicidad.

El equipo multidisciplinar estará formado por el cardiólogo a cargo de la consulta, el cardiólogo encargado de imagen cardiaca así como de un oncólogo y un hematólogo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0355

1. TÍTULO

CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN CARDIO-ONCO-HEMATOLOGIA: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA MONITORIZACION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD SECUNDARIA A TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS

Dado que en éstos pacientes es importante no demorar las pruebas ni las consultas para minimizar las interrupciones del tratamiento oncológico, se va intentar abrir una consulta de media mañana 2 días a la semana.

INDICADORES

Número de pacientes con tratamiento potencialmente cardiotoxico a los que se les aplica el protocolo respecto al número total de pacientes.
Valorar retraso de inicio de tratamiento oncológico antes y después de la puesta en marcha del proyecto.
Valorar suspensión de tratamientos por cardiotoxicidad antes y después de la puesta en marcha del proyecto.
Valorar desarrollo de Cardiotoxicidad a largo plazo (años tras la suspensión del tratamiento).

DURACIÓN

-Creación de un borrador del protocolo de actuación en los meses de mayo y junio.
-Puesta en común de éste borrador entre los miembros del equipo para mejoras y modificaciones entre julio, agosto y septiembre
-Apertura de la consulta en octubre-noviembre y puesta en marcha del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0200

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION CON EL EMPLEO DE LA UROKINASA® COMO DESBRIDANTE EN HERIDAS QUIRURGICAS COMPLICADAS

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE SEF SAUDI MORO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABADIA FORCEN MARIA TERESA
TALAL EL-ABUR ISSA
GARCIA DOMINGUEZ MELODY
MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO
SARVISE LACASA FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La urokinasa es una proteína que activa el plasminógeno formando plasmina, una proteasa activa que degrada, proteínas, la fibrina. Existen diferencias en las técnicas de drenaje percutáneo: distintos tipos de catéteres, distintos métodos de imágenes para guiar el drenaje y distinto manejo de los catéteres de drenaje. La mayoría de los estudios que evaluaron técnicas de drenaje percutáneo no fueron controlados, por lo que no está establecido cual es el mejor método. Actualmente los radiólogos consideran que todos los métodos por imágenes son útiles para guiar el drenaje, aunque muchos prefieren la tomografía computada para realizar el procedimiento y el seguimiento del absceso.

Nuestro estudio incluyó 10 pacientes, entre 38 y 81 años, con abscesos que requirieron drenaje percutáneo. Se consideró absceso a toda colección de líquido con cultivo positivo o que según el criterio clínico necesitaba tratarse como absceso (los pacientes que habían recibido antibióticos podían tener líquidos con cultivos negativos). Los pacientes fueron tratados en las primeras 24 horas colocando el catéter de drenaje. Se excluyeron los abscesos pancreáticos por el riesgo de tratarse un pseudoquistes (frecuentemente tienen pseudoaneurismas en su interior que pueden romperse con los fibrinolíticos). También se excluyeron los pacientes con tumores, malformaciones arteriovenosas, con coagulopatía e hipersensibilidad a la urokinasa. Durante 4 días, desde la colocación del catéter de drenaje, se administró solución salina o urokinasa con intervalos de 8 horas. La dosis de urokinasa dependía del tamaño del absceso: 1-3 cm:12500 U/3ml), 3-5cm:25000 U(5ml);5-10 cm:50000U(10ml);mas de 10cm:100000 U(10ml). Después de administrada la urokinasa se limpiaba el catéter con solución salina y posteriormente se clampa durante 15 minutos y se dejaba drenar el contenido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se definió exitoso cuando había una resolución completa del absceso según el examen físico y un laboratorio normal y no se necesitó de otra intervención para lograr la curación. El catéter se retiraba cuando el drenaje era menor del 10 ml/día en 3 días consecutivos.

Localización	Número
Peritoneales	4
Retroperitoneales	1
Parenquimatosos	2
Hematomas Infectados	3

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante el tiempo en que se llevó a cabo este estudio (Mayo- Noviembre 2018), dadas las características demográficas de la población de estudio, no se incluyeron un número suficiente de pacientes para analizar la influencia de factores como el tamaño del absceso, las características del mismo (tabicación, hematoma, etc.), la localización, el tamaño del catéter utilizado o el método de drenaje (succión o gravedad). Hemos observado que el tratamiento con Uroquinasa tuvo un tiempo de ingreso hospitalario promedio menor y un menor costo total y diario, con respecto al tratamiento clásico.

La crítica principal que puede hacerse a este trabajo es el número pequeño de pacientes estudiado, que impide un análisis completo de las variables que influyen en el tratamiento y resta fuerza estadística a los resultados. Es necesario realizar estudios con más pacientes para mejorar la significación estadística de los resultados. Un sesgo importante de este estudio es que no se empleó un sistema doble ciego, esto puede influir en el resultado. No se informan efectos adversos con la utilización de urokinasa, se asume que no los hubo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/200 ===== ***

Nº de registro: 0200

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0200

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION CON EL EMPLEO DE LA UROKINASA® COMO DESBRIDANTE EN HERIDAS QUIRURGICAS COMPLICADAS

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION CON EL EMPLEO DE LA UROKINASA® COMO DESBRIDANTE EN HERIDAS QUIRURGICAS COMPLICADAS

Autores:
SAUDI MORO SEF, ABADIA FORCEN MARIA TERESA, TALAL EL-ABUR ISSA, ZAMBRANA CAMPOS VANESA, GARCIA DOMINGUEZ MELODY, ROLDON GOLET MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DESCRIPCIÓN: La urokinasa es una enzima producida por los riñones, utilizándose cultivos de células renales humanas para producir esta sustancia. Debido a que es un producto endógeno, las reacciones de hipersensibilidad son menos frecuentes que con la estreptoquinasa, aunque esta última es mucho más barata. MECANISMO DE ACCIÓN La urokinasa ejerce su acción sobre el sistema fibrinolítico endógeno para convertir el plasminógeno a plasmina rompiendo directamente el enlace arginina-valina en el plasminógeno. La plasmina degrada la fibrina y el fibrinógeno y también los factores procoagulantes V y VIII. Los productos de degradación de la fibrina y del fibrinógeno ejercen un efecto anticoagulante clínicamente significativo, que se mantiene en la circulación durante unas 24 horas. Como resultado de la disminución de los niveles plasmáticos de fibrinógeno, la urokinasa también reduce la agregación plaquetaria y la viscosidad de la sangre. FARMACOCINÉTICA Los efectos trombolíticos disminuyen pocas horas después de la administración, pero los efectos anticoagulantes se mantienen durante 24 horas. No se sabe en que extensión la urokinasa atraviesa la barrera placentaria y se excreta en la leche. La semi-vida plasmática es de unos 20 minutos con un rápido aclaramiento hepático.

RESULTADOS ESPERADOS
Proporcionar cuidados de calidad y seguridad al paciente con heridas quirúrgicas anfractuosas de larga evolución. Optimizar recursos materiales y carga asistencial aportando valor a la organización y disminuyendo costes. Aumentar la satisfacción de los pacientes

MÉTODO
1.- Identificar aquellas heridas quirúrgicas complicadas susceptibles de tratamiento desbridante con Urokinasa® y notificarlo a la Supervisora de Enfermería o/y al Cirujano.
2.- El Cirujano comprobará en la Historia Clínica los siguientes datos:
a) DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE
b) DATOS DE LA COMORBILIDAD DEL PACIENTE
c) DATOS TÉCNICOS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
d) DATOS del día y de los parámetros DE LA ÚLTIMA ANALÍTICA realizada
e) Anotar la medicación y el tipo de dieta que lleva pautado el paciente
f) Anotar la existencia o no de TRATAMIENTOS ANTIBIÓTICOS PREVIOS AL TRATAMIENTO DESBRIDANTE CON UROKINASA® DE LA HERIDA QUIRÚRGICA
g) Anotar la existencia o no de CULTIVOS PREVIOS AL TRATAMIENTO DESBRIDANTE CON UROKINASA® DE LA HERIDA QUIRÚRGICA.
3.- Las curas se realizarán CADA 12-24 HORAS según las siguientes indicaciones, pero se debe de INDIVIDUALIZAR CADA CURA SEGÚN CRITERIO Y EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

INDICADORES
1.- El personal de Enfermería previa petición del volante por el Médico, tomará CULTIVOS BACTERIOLÓGICOS de la herida quirúrgica PREVIOS a la cura diaria (del turno de mañanas) en los días 1º, 3º, 5º y 8º tras el comienzo del tratamiento desbridante con Urokinasa®.
2.- Realizar ANALÍTICA con carácter NORMAL, los días 1º, 3º, 5º y 8º tras el comienzo del tratamiento desbridante con Urokinasa®, por el personal de Enfermería previa petición del volante por el Médico Residente y en la que deben de figurar los siguientes parámetros: Hemograma, bioquímica, coagulación, ESTUDIO NUTRICIONAL, estudio de la función hepática, función renal y estudio metabólico del hierro
3.- El Médico FOTOGRAFIARA de la herida quirúrgica previamente a la cura diaria de los días 1º, 3º, 5º, 8º, 10º y 15º tras el comienzo del tratamiento desbridante con Urokinasa®.

DURACIÓN
Fecha de Inicio "recogida de pacientes": 2 de Mayo 2.018
Fecha Fin "recogida de pacientes": 2 Noviembre 2.018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0200

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION CON EL EMPLEO DE LA UROKINASA® COMO DESBRIDANTE EN HERIDAS QUIRURGICAS COMPLICADAS

Recogida de pacientes: 6 meses
Análisis de Resultados: Noviembre 2018
Presentación de Resultados: 13 Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Corrección del proyecto 2018_0197 (Contrato Programa) en el cual se me solicita se me indica que supero el numero de caracteres.
Solicito una vez corregido su admisión.

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 - 2018/1225

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA PARA PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA GONZALEZ SANAGUSTIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALVO ALAGON TRINIDAD
GALINDO LANUZA MARIA DOLORES
ARA REY ANA CRISTINA
MORLAN POCIELLO SARA
GARULO GRACIA DANIEL
GALVEZ RODRIGUEZ CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE HAN REALIZADO REUNIONES DE TRABAJO PARA RECOPIRAR INFORMACIÓN SOBRE LA COLECISTECTOMIA Y LOS CUIDADOS A REALIZAR EN EL PACIENTE, AL ALTA A SU DOMICILIO-
SE HA FORMADO EL DÍPTICO Y ESTÁ EN FASE DE REVISIÓN E IMPRESIÓN DEL MISMO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

? REDUCIR LA ANSIEDAD ANTE EL HECHO DE IR A DOMICILIO EN 24-48 HORAS DE LA INTERVENCIÓN.
? DAR CONFIANZA, RESOLVIENDO SUS DUDAS ANTES DEL ALTA.
? QUE LA PERSONA QUE RECIBE EL DÍPTICO MANIFIESTE QUE ENTIENDE LOS CUIDADOS QUE PRECISA EN SU DOMICILIO.
? TODOS LOS PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS SE VAYAN AL DOMICILIO CON EL DÍPTICO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

ES IMPORTANTE EL TRABAJO EN EQUIPO, EN TODAS LAS CATEGORIAS, APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA Y /O CONOCIMIENTOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL PROYECTO, REVISANDO LA BIBLIOGRAFIA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1225 ===== ***

Nº de registro: 1225

Título
TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA PARA PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS

Autores:
GONZALEZ SANAGUSTIN CRISTINA, CALVO ALAGON TRINIDAD, GALINDO LANUZA MARIA DOLORES, ARA REY ANA CRISTINA, ZAZO CEBOLLERO CLARA ISABEL, MORLAN POCIELLO SARA, GARULO GRACIA DANIEL, GALVEZ RODRIGUEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: EDUCACIÓN SANITARIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
ANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA LIMITADA A 24-48 HORAS TRAS LA INTERVENCIÓN, SE HA DETECTADO LA NECESIDAD DE DAR APOYO AL PACIENTE Y A SUS FAMILIAS, PARA EL CUIDADO DE LAS HERIDAS PROPIAS DE LA INTERVENCIÓN, DE LAS ACTIVIDADES QUE PUEDE REALIZAR TRAS LA CIRUGÍA Y LA EDUCACIÓN EN LA DIETA QUE SE ACONSEJA SEGUIR TRAS UNA COLECISTECTOMÍA.
POR ESO, VAMOS A REALIZAR ESTE TRÍPTICO INFORMATIVO.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1225

1. TÍTULO

TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA PARA PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS

- QUE LA PERSONA INTERVENIDA MANIFIESTA QUE ENTIENDE LOS CUIDADOS QUE PRECISARÁ EN SU DOMICILIO.
- REDUCIR LA ANSIEDAD ANTE EL HECHO DE IR A CASA EN 24-48 HORAS.
- DAR CONFIANZA AL PERSONAL QUE LE ATIENDE EN EL HOSPITAL, RESOLVIENDO TODAS SUS DUDAS ANTES DEL ALTA.
- TODO PACIENTE COLECISTECTOMIZADO SE IRÁ A SU DOMICILIO CON EL TRÍPTICO.

MÉTODO

- REALIZACIÓN DEL TRÍPTICO.
- REALIZACIÓN DE REUNIÓN CON EL EQUIPO DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO, PARA CONOCIMIENTO DEL PROYECTO.

INDICADORES

- EL 100% DE LOS PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS SE IRÁN CON EL TRÍPTICO AL ALTA HOSPITALARIA.
- EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SE ASEGURARÁ DE LA COMPENSIÓN DEL PACIENTE Y/O FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS EXPLICADOS MEDIANTE PREGUNTAS DIRECTAS Y CONCISAS.

DURACIÓN

DE JUNIO A SEPTIEMBRE 2018: REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO PARA BUSCAR LA INFORMACIÓN SOBRE LA COLECISTECTOMÍA Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO A DESARROLLAR.

DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2018: REUNIONES PARA REALIZAR EL TRÍPTICO INFORMÁTICO.

DICIEMBRE 2018: MANDAR A REPROGRAFÍA EL TRÍPTICO Y DARLO A CONOCER AL PERSONAL DE LA PLANTA PARA SU USO.

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 - 2018/0236

1. TÍTULO

MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA AMPARO FONTESTAD UTRILLAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MOMPRADE CASASIN SUSANA
CID MARTINEZ ROSA
REBOLLO GONZALEZ SARAI
MONTES LORIZ ELENA
VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL
SALOME PILARCES VIRGILI
LORETO CASTILLO CORTES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Revisión de historias clínicas y las notificaciones anónimas realizadas en el sistema Sinasp para identificar el número de complicaciones secundarias a una movilización incorrecta en el año 2018.
- Revisión de historias clínicas y registro de quirófano para contabilizar el número de re intervenciones motivadas por una incorrecta movilización postoperatoria en la planta.
- Modificación del folleto informativo que se proporciona al paciente durante el ingreso hospitalario sobre la correcta movilización en los primeros meses tras la implantación de una prótesis de cadera. Folleto que se entregará también al personal que se incorpore nuevo en la cuarta planta (enfermería, auxiliares de enfermería, celadores y estudiantes).
- Realización de una clase teórico-práctica sobre el tema, dirigida a todo el personal de la planta de traumatología y cirugía ortopédica del hospital San Jorge de Huesca, impartida por los FEA de COT que figuran en este proyecto de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos esperados:

- Aumento de los conocimientos sobre el tema del personal sanitario que tiene relación con este tipo de pacientes, para evitar complicaciones derivadas de una incorrecta movilización del paciente.
- Disminuir el número de complicaciones y re intervenciones derivadas de una movilización incorrecta.
- Realizar un folleto explicativo de la correcta movilización tras la implantación de una prótesis de cadera, más visual y completo que disminuya las dudas tanto del paciente como del personal sanitario implicado.

Valor de Indicadores:

- Número de complicaciones sobre movilización incorrecta: cero.
- Número de re intervenciones: cero.
- Grado de dependencia al alta (Índice de Barthel): 74.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La clase impartida tuvo un grado de asistencia satisfactorio. En ella, se resolvieron dudas y se contestaron preguntas que realizaron los asistentes. El folleto explicativo, es más visual y consideramos que más entendible por lo que será de gran utilidad tanto para los pacientes como para el personal sanitario implicado. Aun así, el manejo que se realiza de los pacientes intervenidos de prótesis de cadera en la planta de hospitalización, es satisfactorio y así lo indica la ausencia de complicaciones derivadas de un manejo incorrecto y el índice de Barthel, cuyos valores entran dentro de los parámetros estándar.

7. OBSERVACIONES.

Las dos bajas causadas a mitad del proyecto, han sido ocupadas por dos enfermeras de la cuarta planta de hospitalización, Loreto Castillo Cortés y Salomé Pilarcés Virgili, que están directamente relacionadas con el proyecto y su correcto cumplimiento.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/236 ===== ***

Nº de registro: 0236

Título
MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0236

1. TÍTULO

MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

Autores:

FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO, SANCHO RODRIGO MARTA, MOMPRADE CASASIN SUSANA, CID MARTINEZ ROSA, REBOLLO GONZALEZ SARAI, MONTES LORIZ ELENA, BOSQUE CASASIN ISABEL, VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Prevención/detección precoz

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- La alarma generada tras dos complicaciones secundarias a la incorrecta movilización de dos pacientes que habían sido intervenidos mediante artroplastia de cadera, propició la solicitud, por parte del personal de enfermería y celadores de la planta de Traumatología, de la realización de unas clases de instrucciones básicas sobre cómo movilizar correctamente a estos pacientes.
- Pensamos que se trata de un proyecto útil que puede llevar a unificar criterios sobre el manejo de estos pacientes evitando así las posibles complicaciones de una movilización incorrecta como puede ser la luxación protésica, la fractura periprotésica, arrancamiento accidental de sondas urinarias, drenajes y vías periférica...
- Se trata de un problema serio cuyas consecuencias pueden ser de suma importancia ya que pueden derivar en la necesidad de realizar una reintervención.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar el modo de realizar las movilizaciones de los pacientes intervenidos mediante artroplastia de cadera durante su ingreso hospitalario.
- Evitar las consecuencias de una movilización incorrecta.
- Dotar de autonomía a todo el personal sanitario que está a cargo de estos pacientes durante su hospitalización (celadores, auxiliares de enfermería y enfermeras) para poder realizar la movilización de estos pacientes sin supervisión médica.
- Mayor tranquilidad y seguridad de todo el personal a la hora de realizar las movilizaciones.

MÉTODO

- Impartición de clases teórico-prácticas sobre la correcta movilización de los pacientes intervenidos mediante artroplastia de cadera dirigidas fundamentalmente a personal de enfermería, celadores y auxiliares de enfermería que estén en relación con el manejo de este tipo de pacientes.
- Los responsables de la impartición de estas clases serán los facultativos del servicio de COT, el personal de enfermería de la cuarta planta de hospitalización y los celadores que aparecen en este plan de mejora ya que son los que trabajan diariamente con estos pacientes.

INDICADORES

- Número de complicaciones secundarias a una movilización incorrecta. Se monitorizará mediante la historia clínica y las notificaciones anónimas realizadas en el sistema Sinasp por este motivo.
- Número de reintervenciones derivadas de ello. Se monitorizará mediante el registro de quirófano.
- Grado de dependencia del paciente al alta. Se monitorizará mediante el Índice de Barthel (escala que se ocupa de valoración funcional de un paciente y su rehabilitación).

DURACIÓN

- La primera clase se impartirá en el mes de junio 2018 y se podrá repetir las veces que sean necesarias, a petición de cualquier profesional relacionado con el tema.
- La duración de este plan de mejora sería indefinida una vez impartida la clase.

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 - 2018/0236

1. TÍTULO

MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0242

1. TÍTULO

APLICACION DE UN PROTOCOLO DE FERROTERAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE JACA DIAGNOSTICADOS DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE MARTA SANCHO RODRIGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL
REBOLLO GONZALEZ SARAI
BERASATEGI NORIEGA IRAIA
PUERTOLAS VILLACAMPA MARIA PILAR
JAL ALLUE ANA ISABEL
MARTINEZ MORALES SAMUEL
RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-La hemoglobina preoperatoria es el principal factor predictivo de recibir una transfusión sanguínea, por lo que el diagnóstico y tratamiento de la anemia preoperatoria constituye la parte fundamental para evitarla.

-El proyecto de mejora se basa en la instauración de un protocolo de ferropoterapia intravenosa en las primeras 24 horas de ingreso hospitalario en los pacientes con fractura osteoporótica de cadera.

-A todo paciente diagnosticado de fractura osteoporótica de cadera ingresados en el Hospital de Jaca, el mismo día del ingreso, se comienza con el tratamiento con la ferropoterapia intravenosa que se repetirá cada 48 horas hasta completar tres dosis.

-En función de las cifras de hemoglobina resultantes de la analítica de control del día de ingreso, se administra asimismo eritropoyetina.

-Durante el ingreso hospitalario se van realizando hemogramas de control para valorar la necesidad de añadir algún otro tratamiento para la corrección de la anemia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Disminuir el número de transfusiones: se ha transfundido al 15% de pacientes con diagnosticados de fractura osteoporótica de cadera tras la implantación de ferropoterapia intravenosa, un 10% menos en comparación con pacientes en los que no se administró la ferropoterapia intravenosa.

-Disminuir las reacciones postransfusionales: no se observaron reacciones adversas postransfusionales en los pacientes transfundidos.

-Optimizar las cifras de hemoglobina y hematocrito durante el ingreso hospitalario: hematocrito medio postquirúrgico de 30,4% y al alta de 31,1%.

Hemoglobina media postquirúrgica de 10,2 g/dL y al alta de 10,5 g/dL.

-Menores complicaciones derivadas de la anemia postfractura: se ha observado una disminución en el número de hipotensiones derivadas de cifras de hemoglobina bajas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-La implantación de la ferropoterapia intravenosa desde el primer día de ingreso del paciente con fractura osteoporótica de cadera beneficia ampliamente al paciente, no sólo por un mejor estado general con menos cuadros de malestar e hipotensiones, sino por disminuir las necesidades transfusionales y un mejor control analítico del paciente a su llegada a quirófano.

- La administración de hierro intravenoso y eritropoyetina no aumenta la estancia hospitalaria.

- La optimización de los valores de hemoglobina y de los depósitos de hierro previos a la cirugía es fundamental para evitar la anemia postoperatoria y minimizar el riesgo de transfusión.

- Demorar la intervención a lo mínimo imprescindible ya que ello supone un menor descenso de la hemoglobina prequirúrgica.

7. OBSERVACIONES.

-Asimismo se está realizando un protocolo oficial de ferropoterapia intravenosa para su uso en planta de hospitalización de COT en el Hospital de Jaca.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/242 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0242

1. TÍTULO

APLICACION DE UN PROTOCOLO DE FERROTERAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE JACA DIAGNOSTICADOS DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

Nº de registro: 0242

Título
APLICACION DE UN PROTOCOLO DE FERROTERAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE JACA
DIAGNOSTICADOS DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

Autores:
SANCHO RODRIGO MARTA, FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO, VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL, REBOLLO GONZALEZ SARAI, SANAGUSTIN SILANO MIGUEL, PUERTOLAS VILLACAMPA MARIA PILAR, JAL ALLUE ANA ISABEL, MARTINEZ MORALES SAMUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
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

Los pacientes ingresados en el servicio de Traumatología del hospital de Jaca por fractura de cadera, pendientes de traslado al hospital San Jorge de Huesca para ser intervenidos quirúrgicamente, se verían beneficiados de la administración de feroterapia intravenosa para mejorar sus cifras de hemoglobina (Hb) prequirúrgicas y así disminuir el número de transfusiones y complicaciones perioperatorias y postoperatorias. La administración de la feroterapia intravenosa supone una medida eficaz para una disminución del número de las complicaciones que aparecen al inicio de la sedestación, posiblemente por motivos hemodinámicos (mareos, hipotensión, sudoración, síncope...).

En estos momentos, dicho tratamiento no se administra de manera reglada y tampoco en todos los pacientes. Este proyecto es útil porque un tratamiento intensivo de la anemia preoperatoria con preparados de hierro endovenoso, supone una rápida y efectiva recuperación de los niveles de Hb con la consiguiente mejora de la situación del enfermo para afrontar la cirugía y el postoperatorio inmediato además de disminuir la necesidad de recibir una transfusión sanguínea alogénica con sus posibles riesgos asociados.

RESULTADOS ESPERADOS

La anemia influye muy negativamente en la calidad de vida de los enfermos en general y en los pacientes con fractura osteoporótica de cadera en particular. Aplicando este tratamiento, se pretende mejorar la situación basal del enfermo alcanzando cifras de hemoglobina en el rango de la normalidad y con ello disminuir las complicaciones postoperatorias derivadas de la anemia en estos pacientes.

Disminuir el número de transfusiones alogénicas en pacientes diagnosticados de fractura osteoporótica de cadera en el hospital de Jaca.

MÉTODO

El mismo día del ingreso del paciente en planta, el facultativo responsable prescribirá la feroterapia intravenosa en función de las cifras de hemoglobina en la analítica de ingreso del paciente.

El personal de enfermería se encargará de comenzar la administración del tratamiento el mismo día del ingreso. Se administrarán tres dosis de hierro intravenoso separadas en intervalos de 48 horas.

Se realizará, además del hemograma al ingreso, un hemograma postoperatorio y un hemograma al alta.

INDICADORES

Número de transfusiones pre o postquirúrgicas realizadas durante el ingreso. Se monitoriza mediante la historia clínica.

Cifras de Hb en las analíticas realizadas durante el ingreso hospitalario. Se monitoriza con los resultados de las analíticas visibles a través de la intranet clínica.

Número de complicaciones derivadas de la anemia: aparición de síntomas hemodinámicos, retraso de la movilización de los pacientes... Monitorización mediante la historia clínica.

DURACIÓN

Cronograma: el mismo día del ingreso, se inicia el tratamiento con la feroterapia intravenosa que se repetirá cada 48 horas hasta completar tres dosis.

Se extraerán los datos referentes a los indicadores mencionados cada 3 meses valorando si, en el periodo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0242

1. TÍTULO

APLICACION DE UN PROTOCOLO DE FERROTHERAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE JACA DIAGNOSTICADOS DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

un año, el tratamiento ha sido efectivo para que así quede implantado definitivamente. La duración del proceso será indefinida una vez se haya verificado la efectividad del proyecto, pautando dicho tratamiento a todo paciente ingresado diagnosticado de fractura de cadera.

OBSERVACIONES

Ninguna

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 - 2018/1430

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRONICA ESPONTANEA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ANA JULIA GARCIA MALINIS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN

SOLANAS TREVIÑO RUTH

DEL PRADO SANZ MARIA ELENA

PLANAS LINARES DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

o Se ha evaluado la mejoría de la respuesta y calidad de vida del paciente mediante una serie de encuestas que miden la actividad de la urticaria y la calidad de vida:

o UAS (urticary activity score), permite medir la actividad de la urticaria (prurito, presencia o no de habones) mediante una escala de 0 a 42 durante 4 semanas, considerándose controlada cuando la puntuación es inferior a 7.

o DLQI: es una encuesta validada de medición de la calidad de vida en dermatología.

o La disminución del gasto farmacéutico se ha obtenido de la diferencia entre el gasto con pauta de ficha técnica y gasto pauta desintensificación.

Actividades realizadas

o Se han realizados dos protocolos de desintensificación en pacientes que se encuentran en tratamiento con Omalizumab 300mg:

o Primera pauta: optimización por bajada de dosis

1º Descenso de dosis a 225mg cada 4 semanas durante 3 meses

2º Descenso de dosis a 150 mg cada 4 semanas durante 3 meses

3º Descenso de dosis a 75mg cada 4 semanas durante 3 meses

4º Posteriormente, suspender tratamiento.

o En caso que en algunos de los pasos el paciente tenga un mal control o UAS superior a 7 se volvería a la dosis de inicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

o En la unidad de Dermatología, tenemos 21 pacientes en tratamiento con Omalizumab que cumplen criterios de inclusión del plan de calidad.

o A un paciente se le suspendió el tratamiento por falta de respuesta e ineficacia.

o 8 pacientes continúan con su dosis inicial.

o Con respecto a la primera pauta de desintensificación: 3 pacientes a dosis de 225 cada 4 semanas, 2 a dosis de 150mg cada 4 semanas, 2 pacientes a dosis de 75mg, todos en espera de suspensión y un paciente se ha llegado a suspender, por mejoría completa y ausencia de síntomas clínicos de urticaria.

o Con respecto a la segunda pauta: tres pacientes se han llegado a desintensificar de 2 a 3 semanas y dos pacientes, se ha llegado a suspender por estar asintomáticos tras desintensificación semanal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

o La implantación de un protocolo de desintensificación permite el mejor manejo de la urticaria crónica espontánea, minimizando la dosis de administración y de esta forma, minimizando los efectos adversos que suponen los tratamientos biológicos.

o Se ha conseguido la reducción gasto farmacéutico. La media del coste mensual por paciente es de 860 euros. Con reducción a dosis de 225, el coste se reduce a unos 700 euros mensuales. En los pacientes con dosis de 150, la reducción en gasto sanitario se ha reducido unos 430 euros y en el caso de los pacientes con dosis de 75mg a unos 210 euros mensuales. La reducción mensual en total ha llegado a un total de casi 3000 euros, sin contar los 3 pacientes que se ha llegado a suspender el tratamiento.

o Además en los pacientes, en los que se han conseguido una optimización por semanas el número de visitas se ha visto reducido.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1430 ===== ***

Nº de registro: 1430

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1430

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRONICA ESPONTANEA

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRONICA ESPONTANEA

Autores:

GARCIA MALINIS ANA JULIA, COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN, SOLANAS TREVIÑO RUTH, DEL PRADO SANZ MARIA ELENA, PLANAS LINARES DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La urticaria es una de las afecciones cutáneas más frecuentes en nuestro medio con una prevalencia estimada de entre el 0,5 y el 1% de la población general. La urticaria crónica espontánea (UCE) se caracteriza por la presencia de habones y/o angioedema durante más de 6 semanas de causa desconocida y no inducible. La UCE representa cerca del 70% de todas las urticarias crónicas, generando una importante repercusión en la calidad de vida del paciente dado su difícil manejo terapéutico. El manejo de la UCE supone varios eslabones terapéuticos. Inicialmente se pauta antihistamínicos orales a dosis de ficha técnica. En caso de no respuesta a dosis regulares de antihistamínicos-H1 de segunda generación se recomienda el uso de hasta 4 veces la dosis pautada o cambio otro antihistamínico. En los casos refractarios la tercera línea de tratamiento correspondería al uso de omalizumab, ciclosporina o añadir un antagonista de leucotrienos, entre otros. El uso de corticoides sistémicos solo estaría recomendado para el manejo de las exacerbaciones agudas en pautas cortas de menos de una semana. El Omalizumab es un anticuerpo monoclonal recombinante humanizado que se une selectivamente a la IgE libre y ha sido aprobado para el tratamiento de la UCE. La dosis recomendada para el tratamiento de la UCE con Omalizumab es de 300 mg cada 4 semanas.

RESULTADOS ESPERADOS

- realizar e implementar un protocolo de desintensificación del tratamiento con Omalizumab en pacientes con UCE en la consulta de Dermatología.
- Disminuir el gasto farmacéutico y sanitario.
- Disminuir el número de visitas del paciente.
- Disminuir el número de reacciones adversas asociados al fármaco y mejorar la calidad de vida del paciente.
- Evaluar la calidad de vida del paciente.

MÉTODO

- Criterios de inclusión: pacientes con UCE en tratamiento con Omalizumab controlada con UAS: 0-1 y UAS7 : =7.
 - Criterios de exclusión: pacientes con UCE en tratamiento con Omalizumab no controlada o con UAS 7 mal controlado, superior a 7.
- Los pacientes que cumplan criterios de inclusión y que inicialmente se encuentran en tratamiento con Omalizumab 300mg cada 4 semanas, irán optimizando su pauta de la siguiente forma:
- 1º Descenso de dosis a 225mg cada 4 semanas durante 3 meses
 - 2º Descenso de dosis a 150 mg cada 4 semanas durante 3 meses
 - 3º Descenso de dosis a 75mg cada 4 semanas durante 3 meses
 - 4º Posteriormente, suspender tratamiento.
- En caso que en algunos de los pasos el paciente tenga un mal control o UAS superior a 7 se volvería a la dosis de inicio.

INDICADORES

Indicadores y evaluación

Se evaluará la mejoría de la respuesta y calidad de vida del paciente mediante una serie de encuestas que miden la actividad de la urticaria y la calidad de vida:

- UAS (urticary activity score), permite medir la actividad de la urticaria (prurito, presencia o no de habones) mediante una escala de 0 a 42 durante 4 semanas, considerándose controlada cuando la puntuación es inferior a 7.
- DLQI: es una encuesta validada de medición de la calidad de vida en dermatología.

La disminución del gasto farmacéutico se obtendrá de la diferencia entre el gasto con pauta de ficha técnica y gasto pauta desintensificación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1430

1. TÍTULO

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRONICA ESPONTANEA

DURACIÓN

Enero a Diciembre de 2018. Actualmente ya se está realizando la optimización y desintoxicación del tratamiento en los pacientes con UCE en el servicio de Dermatología.

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 - 2018/0421

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE CROHN

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE MANUEL DOMINGUEZ CAJAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAMO MONTERDE PATRICIA
BER NIETO YOLANDA
OLIVAN GUERRI LORENZO
LAMBAN AISA ANA
LUE ALBERTO
MONTORO HUGUET MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Reuniones entre los miembros del grupo de mejora para la toma de distintas decisiones entre las que se incluyen las siguientes:
a. Tiempos necesarios durante la primera visita especializada para realizar una correcta historia clínica, dar una información suficiente y plantear el tratamiento y seguimiento de los pacientes.
b. Pruebas complementarias necesarias o útiles para el correcto diagnóstico y seguimiento.
c. Parámetros clínicos y analíticos a valorar o solicitar (hemograma, parámetros nutricionales, reactantes de fase aguda, etc) durante la primera visita especializada.
d. Escalas, Clasificaciones y Cuestionarios (Índice de Harvey Bradshaw, Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease, etc) a utilizar durante la primera visita especializada para evitar la variabilidad entre los facultativos.
e. Creación de un Checklist con el fin de rellenarlo durante la consulta de primera visita y en el que se recoge de forma sistemática información útil para el correcto diagnóstico, la valoración de factores de riesgo y para decidir el tratamiento de una forma suficientemente clara y concisa para evitar errores.
2. De acuerdo con el Servicio de Citaciones se ha decidido la paulatina modificación de los tiempos asignados a las primeras visitas de las distintas consultas de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), tanto Enfermedad de Crohn (EC) como de Colitis Ulcerosa (CU), de las que dispone el Sº de Digestivo.
3. Igualmente se ha decidido la creación de un nuevo número para codificar las primeras visitas en las consultas específicas de EII para evitar confusiones en las citaciones. De esta forma se evita el que un paciente sea citado en una consulta diferente a la prevista por disminuyendo el riesgo de duplicar visitas o de que el paciente sea valorado menos tiempo del decidido.
4. Mejora en el circuito de derivación de pacientes de nuevo diagnóstico desde la consulta médica a la Consulta Monográfica de Enfermería (CME).
5. Mejoras en la entrega y explicación durante las visitas de hojas informativas que incluyen enlaces a páginas web de contenido verificado, como las accesibles a través de la página web de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG):
http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/documento-grupo/04_infogastrum_enfermedad_crohn_web.pdf

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Tras la elaboración del proyecto, y desde el 1 de Enero de 2019, se ha incrementado el tiempo de la primera visita en Consulta monográfica de EII del Dr Domínguez a 30 minutos (en vez del tiempo estándar de 15 minutos de la consulta general), permitiendo establecer un clima de consulta más confortable y empático a la vez que se recaba toda la información necesaria siguiendo un modelo centrado en criterios de coste-efectividad, calidad y seguridad para el paciente. Se ha decidido iniciar los cambios en una consulta especializada de nueva creación en el Hospital San Jorge e ir implementando los cambios progresivamente en las ya existentes (Consultas de Inflammatoria de Dr Montoro y Dra Ber, localizadas en Hospital Sagrado Corazón de Jesús).
2. Se ha general un nuevo número de codificación de las primeras visitas en las consultas específicas de EII (1.333) en línea con el código de seguimiento que ya existía (2.333).
3. Se ha creado un Checklist que se rellena durante la primera consulta especializada en un paciente con EC. Se trata de un cuestionario estructurado en cuatro apartados o pasos: Historia Clínica, Evaluación Actividad Inflammatoria, Preparación para el tratamiento y Pruebas y solicitudes pendientes. El primero de ellos recoge datos acerca de la historia clínica relevantes para un correcto diagnóstico y clasificación de la EC, una valoración de los factores de riesgo de mala evolución y datos acerca de tratamientos previos (x.ej pautados desde Atención Primaria u otros especialistas). El segundo de los pasos caracteriza la actividad inflammatoria mediante la recopilación de variables analíticas relevantes (sanguíneas y fecales) e índices de actividad clínicos (Índice de Harvey Bradshaw) y endoscópicos (Simplified Endoscopic activity Score for Crohn's Disease). El tercero recoge información necesaria para individualizar el tratamiento mejorando la seguridad estableciendo contraindicaciones, comprobando el correcto cumplimiento de los diferentes protocolos de cribado y profilaxis de infecciones y estableciendo las necesidades individuales de derivación a otros especialistas o de solicitud de pruebas complementarias. Finalmente se ha creado un apartado en el que poder recoger todos los ítems que han quedado pendiente y que deben ir obteniéndose en próximas visitas para evitar errores.
4. Mejora en el circuito de derivación de pacientes de nuevo diagnóstico desde la consulta médica a la Consulta Monográfica de Enfermería (CME) mediante la inclusión de esta necesidad en el Checklist de comprobación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0421

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE CROHN

5. Colaboración en estudios multicéntricos en los que participa la Unidad mediante el apoyo en el reclutamiento de pacientes de nuevo diagnóstico.
6. Igualmente, el aumento del tiempo disponible permite mejorar la recopilación de los datos necesarios para la completa introducción de nuevos casos de pacientes con EC en el registro nacional de pacientes con EII (Base de Datos ENEIDA).
7. Durante la primera visita se entrega y explica hojas informativas elaboradas con enlaces a páginas web de contenido verificado.
8. Hasta la elaboración de la memoria a todos los pacientes de nuevo diagnóstico con EC atendidos como primera visita se le ha realizado el Checklist y se les ha facilitado información escrita fiable y fidedigna acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad así como la información de contacto con la Unidad. Sin embargo, dado que la consulta no ha podido ser instaurada hasta Enero de 2019 por dificultad para ajustar con las agendas previas no es posible valorar en este momento el cumplimiento del resto de ítems.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La Enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad de curso crónico cuyo coste, asociado a su diagnóstico y tratamiento, depende de múltiples factores como son su localización y extensión, su fenotipo, la presencia de manifestaciones extraintestinales y la respuesta a los tratamientos. Un estudio europeo (IMPACT) demostró que el retraso en el diagnóstico es la norma, lo que explica que gran parte de los pacientes remitidos a la consulta por primera vez hayan sido sometidos a múltiples pruebas y tratamientos. En estos casos la primera visita en la consulta del especialista es un momento crucial que requiere un tiempo adecuado tanto para informar al paciente acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad como para recabar información necesaria para el diagnóstico y la planificación segura y eficiente del tratamiento. Esta recopilación de la información se ha estructurado en nuestro proyecto a través del Checklist creado y el tiempo de primeras visitas se ha ampliado con respecto a las consultas generales para asegurar que pueda completarse evitando errores secundarios a una precipitada entrevista clínica.
- Actualmente quedaría pendiente comprobar la correcta utilización del Checklist durante la práctica clínica habitual, así como incluir la realización de forma sistemática en las primeras visitas de estos pacientes de cuestionarios acerca de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la búsqueda intencionada de aspectos psicosociales que puedan influir en el curso natural de la enfermedad.
- En este momento se está comenzando a realizar el Checklist en la consulta monográfica en la que se han implementado los nuevos horarios y codificaciones por lo que en el futuro la idea es replicar esto en las otras dos consultas de EII de nuestra Unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/421 ===== ***

Nº de registro: 0421

Título
DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE CROHN

Autores:
DOMINGUEZ CAJAL MANUEL, CAMO MONTERDE PATRICIA, BER NIETO YOLANDA, OLIVAN GUERRI LORENZO, LAMBAN AISA ANA, MONTORO HUGUET MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad de curso crónico secundaria a una respuesta inmune aberrante en un individuo genéticamente susceptible. Su incidencia anual en Europa es de 5,5-6,5 casos por cada 100.000 habitantes. Los costes asociados a su diagnóstico y tratamiento dependen en gran medida de la localización y extensión de la enfermedad, de su fenotipo (inflamatorio, penetrante-fistulizante y fibroestenótico), de la presencia o no de manifestaciones extraintestinales y de la respuesta a los tratamientos. Un estudio europeo (IMPACT) demostró que el retraso en el diagnóstico es la norma, con una media de 1-3 años (18% > 5 años) y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0421

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE CROHN

que el 64% de los casos precisaron atención urgente antes de llegar al diagnóstico. Todo ello explica que gran parte de los pacientes remitidos a la consulta por primera vez, hayan sido sometidos a múltiples pruebas y ensayos terapéuticos, incluyendo hospitalización y cirugía. La información obtenida por el paciente, a menudo procede de fuentes poco fidedignas, es incompleta, alarmante, errónea o incluso dañina. Por todo ello, la primera visita en la consulta del especialista es un momento crucial que requiere tiempo y dedicación, para informar al paciente acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad, a la vez que recabar información estructurada dirigida a estratificar el riesgo y seleccionar las conductas más apropiadas en el contexto de un modelo centrado en la calidad y seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Desarrollar un protocolo asistencial para pacientes con EC que son atendidos por primera vez en la consulta monográfica de EII del H. San Jorge siguiendo un modelo centrado en criterios de coste-efectividad, calidad y seguridad para el paciente.

MÉTODO

- Establecer un clima de consulta confortable y empático incluyendo tiempos de visita adecuados, para recabar toda la información necesaria.
- Creación de un protocolo de actuación conjunta (médico y enfermera) basado en un esquema predefinido y apoyado por un Checklist que recuerda el cumplimiento sistemático de los siguientes pasos:
 - 1º Obtener información acerca del debut de la enfermedad, así como de todas aquellas variables que permiten estratificar el riesgo, incluyendo hábito tabáquico, localización, extensión, fenotipo (clasificación de Montreal) y Manifestaciones Extraintestinales con vistas a seleccionar la terapia más apropiada.
 - 2º Protocolizar las investigaciones necesarias para definir la localización y extensión de los segmentos afectados por la enfermedad y medición de la actividad clínica, biológica, endoscópica y obtenida por pruebas de imagen.
 - 3º Recabar información acerca de todas las variables relacionadas con la seguridad incluyendo estado inmune frente a infecciones, TBC, historia de cáncer y coordinar acciones con Medicina Preventiva, para determinar la pertinencia y/o contraindicación de terapias avanzadas (inmunomoduladores y biológicos).
 - 4º Ponderar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) mediante cuestionarios validados, a fin de establecer una referencia sobre la que sustentar los resultados de las diferentes terapias.
 - 5º Búsqueda intencionada de aspectos psicosociales que puedan influir en el curso natural de la enfermedad.

INDICADORES

- % de pacientes atendidos por 1ª vez que cuentan con un check-list de apoyo para la prestación asistencial.
- % de pacientes que han sido atendidos en los tiempos predefinidos en el programa.
- % de pacientes en cuya asistencia ha intervenido la enfermera de la consulta monográfica.
- % de pacientes en quienes se han investigado las variables que permiten estratificar el riesgo.
- % de pacientes en quienes se ha llevado a cabo el protocolo de inmunosupresión y derivación a Medicina Preventiva.
- % de pacientes a quienes se les ha facilitado información escrita fiable y fidedigna, acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad.

DURACIÓN

Primer semestre 2018: Reuniones entre los miembros de la Unidad (staff médico y de enfermería) para el diseño del Checklist de apoyo con los parámetros que permitirán ordenar de un modo sistemático la información a recabar.
Segundo semestre 2018: Aplicación sistemática del Checklist de apoyo para una asistencia sistematizada.

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 - 2018/1338

1. TÍTULO

OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA CITACION Y REALIZACION DE LACOLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE LORENZO OLIVAN GUERRI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASPURU RUBIO KATTALIN
SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS
RIVAS CALVETEOLGA
LASIERRA BETRAN CARMEN
DIESTE SAMITIER SONIA
SUELVE FERRER MARIA TERESA
ALASTRUEY VAL MARIA REYES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Reunión en junio de 2018 con los componentes del proyecto de calidad para realizar la encuesta y dividirla para pacientes que acuden por colonoscopia de cribado de cáncer de colon o convencional. Cálculo del tamaño muestral para obtener diferencias en estos dos grupos de pacientes.
-Posteriormente reunión con jefa de suministros (Ana Carmen Jauregui) responsable del correo del hospital para decidir cómo llegarían las encuestas de nuestros pacientes una vez entregadas tras la colonoscopia. Se decide que el paciente acuda con la encuesta a su centro de atención primaria y desde ahí por correo interno enviarlas al servicio de Endoscopia.
- Los componentes del proyecto de calidad, preparan múltiples sobres con la dirección de la unidad introduciendo la encuesta y diferenciando si se trata de una colonoscopia de cribado.
- Desde aproximadamente Julio de 2018 hasta diciembre de 2018 reparto de las encuestas a los pacientes sometidos a una colonoscopia, entregando un total de 1016. Tarea realizada por enfermería y auxiliares de la unidad de endoscopias digestivas.
- En enero de 2019 reunión con los componentes del proyecto de calidad, para introducir los datos de la encuesta en base de datos (Excel) y posteriormente análisis de datos mediante el programa estadístico spss 15.0.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se calculó el tamaño de la muestra siendo necesarios 383 pacientes; en los 5 meses de entrega se repartieron un total de 1016 encuestas, siendo respondidas un total de 506 (participación del 49.8%). El 82% (n=417) fueron de pacientes que se sometieron a una colonoscopia convencional frente a un 18% (n= 89) de pacientes del cribado de cáncer de colon. La participación fue similar en los dos grupos de pacientes.
Los resultados globales fueron los siguientes:
- Tiempo de espera para la cita: el 83% de los pacientes contestaron que el tiempo había sido excelente, bueno o muy bueno.
- Tiempo de espera el día de la exploración: el 86,8% de los pacientes respondieron que había sido excelente, muy bueno o bueno.
- La cortesía del médico: El 98 % de los pacientes contestaron que había sido excelente, muy bueno o bueno.
- El 100 % de los pacientes respondieron que la cortesía de enfermería había sido excelente, muy buena o buena.
- El 96,2% de los pacientes perciben las explicaciones recibidas como excelentes, muy buenas o buenas.
- Solo un 3.4% de los pacientes contestaron que las molestias percibidas tras la colonoscopia fueron regulares o malas.
- La puntuación global de la exploración se distribuyó de la siguiente manera: 10.9% buena, 58.3 % excelente y 30.8% muy bueno. Destaca que no hubo ninguna respuesta de puntuación regular o mala
- El 100 % de los pacientes repetirían la exploración en el mismo centro y el 99% de los pacientes con el mismo médico
Si realizamos tablas de contingencia según si el paciente pertenece al cribado CCR o si es colonoscopia convencional solo encontramos diferencias en el tiempo de espera para la cita. En pacientes sometidos a colonoscopia convencional hay un porcentaje mayor de pacientes que perciben el tiempo de espera malo o regular (3.6 % y 15.8% respectivamente) comparado con el grupo de cribado (1.1% malo o 4.5% regular p= 0.009).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una vez que el paciente se le realiza una colonoscopia en nuestro servicio, el grado de satisfacción es alto sobre la espera en el día de la exploración, la cortesía del médico, la cortesía de la enfermera, en las explicaciones recibidas y molestias percibidas.
Encontramos diferencias en el grado de satisfacción en la espera hasta la cita de la colonoscopia entre los dos grupos de pacientes, siendo menor el grado de satisfacción en los pacientes sometidos a colonoscopia convencional. Esto es debido a que el paciente de cribado es citado en un tiempo inferior a 1 mes por protocolo, y ese tiempo es superior en el grupo de pacientes sometidas a una colonoscopia vía convencional.
Conviene mejorar este último aspecto y mejorar nuestras listas de espera de citas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1338

1. TÍTULO

OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA CITACION Y REALIZACION DE LACOLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE

7. OBSERVACIONES.

El trabajo realizado desde la unidad de endoscopias del Hospital de San Jorge se percibe como excelente o muy bueno por parte del paciente sometido a una colonoscopia. El punto de mejora (y debilidad del servicio) es el tiempo de espera de realización de la endoscopia, por lo que desde Febrero de 2019 se decidió aumentar los días de endoscopias por las tardes.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1338 ===== ***

Nº de registro: 1338

Título
OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA CITACION Y REALIZACION DE LA COLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
OLIVAN GUERRI LORENZO, ASPURU RUBIO KATALIN, SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS, RIVAS CALVETE OLGA, LASIERRA BETRAN CARMEN, DIESTE SAMITIER SONIA, SUELVES FERRER MARIA TERESA, ALASTRUEY VAL REYES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La percepción de satisfacción del paciente a quien se le realiza una endoscopia digestiva depende de varios factores donde intervienen diversos "actores" (citaciones, médicos, enfermeras, auxiliares y celadores). La Unidad de endoscopias (UED) funciona como Unidad de Acceso Abierto y realiza unas 2.500 colonoscopias anuales tanto convencionales como procedentes del programa de cribado de cáncer colorrectal (CCr) implantado por el Departamento de Sanidad de la DGA. Un eje fundamental en los programas de gestión de calidad es la satisfacción del paciente. Hasta el momento, no disponemos de datos acerca de la calidad sentida por el paciente en relación con los procedimientos llevados a cabo. Conocer el grado de satisfacción de los pacientes permitiría detectar puntos débiles y áreas susceptibles de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer el grado de satisfacción de los pacientes sometidos a colonoscopia ambulatoria en nuestro hospital y evaluar si existen diferencias en función de que se trate de exploraciones convencionales o pertenecientes al programa de cribado de CaCrr

MÉTODO
Todo paciente sometido a colonoscopia ambulatoria recibirá en el momento del alta un Cuestionario de satisfacción validado (GHAA-9m) y adaptado a procedimientos endoscópicos, junto con un sobre franqueado para ser enviado a la UED (ver modelo anexo del GHAA-9m).

INDICADORES
Parámetros que explora la encuesta validada:
Tiempo de espera hasta la realización de la prueba.
Espera el día de la exploración
Cortesía del médico
Explicaciones recibidas
Molestias percibidas durante la exploración.
Puntuación global de la exploración.
¿Repetiría la exploración en el mismo centro?
¿Repetiría la exploración con el mismo médico?

DURACIÓN
Distribución de los cuestionarios a partir del mes de junio-18.
Inclusión de los resultados en la base de datos desde julio-18 hasta septiembre-18.
Análisis estadístico entre los meses de octubre y diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1338

1. TÍTULO

OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA CITACION Y REALIZACION DE LACOLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE

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 - 2018/1344

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PREVIO A LA REALIZACION DE MANOMETRIA ESOFAGICA, PH-METRIA E IMPEDANCIOMETRIA PARA MEJORAR LA IDONEIDAD, PERTINENCIA E INTERPRETACION DE LA PRUEBA SOLICITADA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE BLANCA BELLOC BARBASTRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAMBAN AISA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión en septiembre 2018 con el equipo del proyecto de calidad (Ana Lambán) para diseñar un cuestionario previo a la realización de manometría esofágica y pH-impedanciometría y planear la recogida de datos de las pruebas solicitadas.

En octubre 2018 se inicia la cumplimentación de los cuestionarios previamente a las pruebas y la recogida de datos de las pruebas solicitadas.

Hemos redactado un modelo de carta dirigida al médico peticionario argumentando la necesidad de completar la información necesaria para optimizar la indicación de la prueba solicitada y/o la necesidad de llevar a cabo alguna exploración previa a su realización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Número total de peticiones de manometrías, pHmetría-24h e impedanciometría, así como su procedencia. Desde octubre 2018 hasta febrero 2019 se han recibido, en total, 45 peticiones de manometrías, pHmetría-24h e impedanciometría.

- % de peticiones con indicación adecuada e inadecuada tras la información obtenida a través del cuestionario estructurado.

La indicación de las solicitudes fue adecuada en todos los casos, excepto en una solicitud que se rechazó tras identificar, al revisar la historia del paciente, patología grave que contraindicaba la prueba.

o 97'77% peticiones adecuadas
o 2,22% peticiones inadecuadas

- % de pacientes con solicitud de manometría esofágica y ph-impedanciometría sin gastroscopia previa a su realización.

De las 45 peticiones realizadas, 3 manometrías y 3 ph- impedanciometrías se habían solicitado sin haber realizado previamente una gastroscopia. Esta prueba estaba pendiente en todos los casos, excepto en uno de los que se había solicitado ph-impedanciometría. En este caso se envió una carta dirigida al médico peticionario argumentando la necesidad de completar realizar una gastroscopia previamente a la exploración. En todos estos casos se realizó la manometría tras obtener el resultado de la gastroscopia.

o 13'33% de las peticiones sin gastroscopia previa a la exploración
o 86'67% de las peticiones con gastroscopia previa a la exploración

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El diseño de un cuestionario dirigido a la valoración de síntomas, procedimientos diagnósticos y tratamientos recibidos antes de la realización de una manometría esofágica, pH-metría e impedanciometría, ha permitido obtener información que ayuda a estimar la idoneidad y pertinencia de la prueba solicitada, así como para el análisis e interpretación de sus resultados.

Desde octubre 2018 hasta febrero 2019 se han recibido, en total, 45 peticiones de manometrías, pHmetría-24h e impedanciometría. La indicación de las solicitudes fue adecuada en la mayoría de los casos (97'77%).

De las 45 peticiones realizadas, 3 manometrías y 3 ph- impedanciometrías (13'33% del total) se habían solicitado sin haber realizado previamente una gastroscopia. Esta prueba estaba pendiente en todos los casos, excepto en uno de ellos. Tras el envío de una carta dirigida al médico peticionario argumentando la necesidad de completar realizar una gastroscopia previamente a la exploración obtuvimos una buena respuesta y se realizó posteriormente la exploración solicitada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1344 ===== ***

Nº de registro: 1344

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1344

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PREVIO A LA REALIZACION DE MANOMETRIA ESOFAGICA, PH-METRIA E IMPEDANCIOMETRIA PARA MEJORAR LA IDONEIDAD, PERTINENCIA E INTERPRETACION DE LA PRUEBA SOLICITADA

Título
DISEÑO DE UN CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PREVIO A LA REALIZACION DE MANOMETRIA ESOFAGICA, PH-METRIA E IMPEDANCIOMETRIA PARA MEJORAR LA IDONEIDAD, PERTINENCIA E INTERPRETACION DE LA PRUEBA SOLICITADA

Autores:
BELLOC BARBASTRO BLANCA, LAMBAN AISA ANA, ESCOBAR BELLO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La manometría esofágica de alta resolución (MAR) ha supuesto un avance en el diagnóstico de los trastornos motores esofágicos. Por su parte, la pHmetría de 24 horas asociada o no a impedanciometría es la prueba más precisa y sensible para identificar reflujo gastroesofágico patológico, discernir los distintos tipos de reflujo y su correlación con los síntomas. Estas pruebas se realizan en el Laboratorio de Motilidad y Trastornos Funcionales Digestivos del Hospital Sagrado Corazón de Jesús que recibe peticiones procedentes de toda la provincia. Actualmente el paciente que va a ser sometido a estas pruebas recibe información telefónica acerca de la preparación previa a su realización. Sin embargo, de acuerdo con las recomendaciones establecidas en la Primera Reunión Nacional de Consenso en Manometría de Alta Resolución del Grupo Español de Motilidad Digestiva, la cumplimentación de cuestionarios dirigidos a la valoración de síntomas, procedimientos diagnósticos y tratamientos recibidos antes de la realización de estas exploraciones, permiten la obtención de una información estructurada de gran valor para estimar la idoneidad y pertinencia de la prueba solicitada, así como para el análisis e interpretación de sus resultados. Actualmente no existe un protocolo consensuado que permita recoger esta información de una manera homogénea y sistematizada.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Diseñar un cuestionario estructurado que permita recabar toda la información necesaria para determinar la pertinencia e idoneidad de la prueba solicitada y conocer el número de peticiones inapropiadas.
2. Optimizar la recogida de la información concerniente a los síntomas, procedimientos diagnósticos y tratamientos recibidos antes de la llevar a cabo la exploración con el propósito de facilitar el análisis e interpretación de los registros obtenidos.

MÉTODO
1. Revisión sistemática de la literatura, así como de las recomendaciones emitidas por Asociaciones Científicas de ámbito estatal e internacional relacionadas con la motilidad digestiva (visibles en www.spadiv.net) para identificar los ítems más adecuados para estructurar un cuestionario sencillo, eficiente y comprensible para los pacientes que permite cumplir con las expectativas y objetivos planteados.
2. El cuestionario será estructurado en orden a tres dominios o dimensiones relativos a
? - Síntomas que justifican la solicitud;
? - Procedimientos diagnósticos llevados a cabo (incluyendo la gastroscopia y análisis histológico de la mucosa esofágica para el despistaje de esofagitis eosinofílica) antes de realizar la manometría
? - Tratamientos recibidos antes de la prueba solicitada.
3. Redacción de un modelo de carta educada y dirigida al médico peticionario argumentando la necesidad de completar la información necesaria para optimizar la indicación de la prueba solicitada y/o la necesidad de llevar a cabo alguna exploración previa a su realización (p. ej. gastroscopia y biopsia del esófago), antes de realizar MAR.

INDICADORES
Mensualmente se realizarán las siguientes valoraciones:
1. Número total de peticiones de manometrías, pHmetría-24h e impedanciometría, así como su procedencia.
2. % de peticiones con indicación adecuada e inadecuada tras la información obtenida a través del cuestionario estructurado.
3. % de peticiones que tras el feedback con el médico solicitante fueron finalmente reconsideradas o desestimadas.
4. % de pacientes con solicitud de manometría esofágica sin gastroscopia y biopsia esofágica previas a su realización.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1344

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PREVIO A LA REALIZACION DE MANOMETRIA ESOFAGICA, PH-METRIA E IMPEDANCIOMETRIA PARA MEJORAR LA IDONEIDAD, PERTINENCIA E INTERPRETACION DE LA PRUEBA SOLICITADA

DURACIÓN

Inicio en junio 2018 durante un año, hasta Mayo 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 - 2018/1355

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS INTERCONSULTAS VIRTUALES DE LA SECCION DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA DEL HSJ DE HUESCA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE YOLANDA BER NIETO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELLOC BARBASTRO BLANCA
EIZMENDI BINDER ANA
LUE ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

? En Junio de 2018 reunión con el equipo del proyecto de calidad para elaborar las preguntas de la encuesta ; se realiza un apartado sobre datos demográficos del médico de atención primaria, otro apartado respecto a tiempo, otro relativo a infraestructura y sobre la comunicación entre Primaria-Especializada. Finalmente una evaluación sobre la satisfacción global.

? A finales de Junio de 2018 nos ponemos en contacto con Amadeo Elduque (subdirector médico de atención primaria) para revisar encuesta elaborada por el equipo, y sugiere cambios en varias preguntas.

? Nueva reunión del equipo de calidad en septiembre de 2018 para modificar la encuesta.

? Nos comunicamos a través del mail con el subdirector médico de atención primaria para que envíe a los médicos de atención primaria, el enlace para realizar la encuesta de manera anónima vía online. Se envía dos mails recordatorios para que rellenen la encuesta (total médicos de atención primaria = 165)

? En Enero de 2019 obtenemos los datos de la encuesta y analizamos resultados

Se ha modificado el calendario inicial, tras volver a elaborar una nueva encuesta con las modificaciones por parte del subdirector de atención primaria, y evitamos enviar el mail en meses de vacaciones para evitar una baja participación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se evidencia una participación baja (n=42, participación del 20%). 69% mujeres, el 44% pertenecen a centros de atención primaria de Huesca capital.

Dimensión tiempo

? El 78% creen que el nuevo sistema de interconsultas disminuye la demora en el tiempo de cita, un 16% creen que la demora es igual que previamente

? El 53% de los médicos de atención primaria no tiene un tiempo asignado en su actividad diaria para leer la respuesta a la interconsulta y ponerse en contacto con el paciente

Dimensión infraestructura

? El 91% no refiere tener problemas técnicos para realizar la interconsulta

? El 72% tienen el sistema operativo actualizado en el ordenador de la consulta

? El 84% refieren que no tiene limitación de caracteres para realizar la interconsulta.

Dimensión comunicación Primaria-Especializada

? El 72% creen que este nuevo sistema de citas favorece la comunicación

? Al 75% les resulta útil las indicaciones del manejo/tratamiento del paciente si finalmente el paciente no llega a ser visto en las consultas de especializada

? El 69% les resultaría útil añadir en las respuestas de la interconsulta un enlace a guías/protocolos de práctica clínica

? La mayoría de médicos de atención primaria (78%) desconocen que existe un mail específico del Servicio de Digestivo para ponerse en contacto desde primaria. Solo el 40% de los que conocen la existencia de la dirección de mail, lo utilizan

Satisfacción Global

? En una escala del 1 al 5 (1= nada satisfecho y 5 = muy satisfecho); en 62'5% puntuaron 4 sobre 5, y 15'6% 5 sobre 5.

Se dejó un apartado de comentarios y destacan varios puntos

1- se percibe una sobrecarga con este nuevo sistema

2- no hay alerta en el sistema del programa utilizado por médicos de primaria (OMI) para saber que se ha contestado la interconsulta

3- no se puede intercambiar información de forma ágil con OMI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque la satisfacción global del nuevo sistema es bueno o muy bueno, hay puntos de mejora en la comunicación entre Primaria-Especializada.

7. OBSERVACIONES.

Creemos que debemos insistir en la comunicación sea más ágil por lo que tenemos que potenciar el uso del mail. Estamos abiertos a cualquier sugerencia por parte de Atención Primaria para mejorar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1355

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS INTERCONSULTAS VIRTUALES DE LA SECCION DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA DEL HSJ DE HUESCA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1355 ===== ***

Nº de registro: 1355

Título
ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS INTERCONSULTAS VIRTUALES DE LA SECCION DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA DEL HSJ DE HUESCA

Autores:
BER NIETO YOLANDA, BELLOC BARBASTRO BLANCA, EIZMENDI BINDER ANA, CAMO MONTERDE PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La puesta en marcha de la interconsulta virtual en la Sección de Gastroenterología y Hepatología del hospital san Jorge (SGH-HSJ) ha permitido reducir la demora de 1ªs visitas solicitadas desde Atención Primaria a < 15 días. El sistema se basa en los siguientes principios: (1) Se elimina la posibilidad de cita directa desde atención primaria y Urgencias; (2) Se realiza una evaluación semanal de todas las solicitudes, tomando como base la información contenida en el volante de derivación y la disponible en las bases de datos del hospital (intranet-historia clínica electrónica). (3) De acuerdo con esta información se establecen dos vías de atención: a) Visita presencial (preferente [< 15 días] o normal [< 30 días]; b) Resolución de la solicitud sin necesidad de visita presencial. En este caso, el médico de cabecera recibe un informe personalizado con recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible (Guías de práctica clínica, Documentos de Consenso), que garantizarán una calidad asistencial óptima, sin necesidad de desplazar al paciente. (4) Cuenta de correo electrónico a disposición del médico de cabecera para cualquier aclaración.

Cumplidos 2 años desde la implantación del nuevo sistema, interesa conocer el grado de satisfacción de los médicos de atención primaria, identificar puntos de mejora y optimizar la comunicación entre ambos niveles asistenciales.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Ponderar la opinión y grado de satisfacción de los médicos de atención primaria de nuestro sector acerca de las bondades y debilidades del nuevo sistema de citaciones.

2. Identificar áreas de mejora que permitan corregir debilidades del sistema, a la vez que mejorar la comunicación entre ambos niveles asistenciales.

3. Implementar cualquier propuesta o iniciativa promovida desde los propios Centros de salud, con el objetivo de corregir cualquier desviación en los estándares de calidad y seguridad que ofrecemos a nuestros pacientes.

MÉTODO
1. Diseño de un cuestionario de satisfacción estructurado en varios dominios o dimensiones que permitan evaluar la satisfacción global del médico de cabecera en relación al nuevo sistema y clasificarlo en ("excelente" "óptimo" "manifiestamente mejorable"), a la vez que recoger las propuestas de mejora promovidas desde el propio centro de salud.

2. Reunión formal con los colaboradores del proyecto para participar de forma activa en el diseño del cuestionario.

3. Distribución del cuestionario en formato electrónico y de forma anónima desde la propia Dirección de atención primaria.

4. Análisis estadístico de la información obtenida y registrada en la base de datos electrónica.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1355

1. TÍTULO

ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS INTERCONSULTAS VIRTUALES DE LA SECCION DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA DEL HSJ DE HUESCA

1. Ponderación de la satisfacción global del sistema en una escala numérica de 1---10.
2. % de médicos de atención primaria que califican al sistema como "excelente" "óptimo" "manifiestamente mejorable", tanto de una manera global, como singularizada en cada uno de las dimensiones y parámetros encuestados.
3. nº de propuestas de mejora que pueden ser implementadas en el sistema tras su análisis y aprobación por el grupo de mejora.

DURACIÓN

- Junio 2018 elaboración del cuestionario
- Julio 2018 envío del cuestionario a los médicos de atención primaria del sector de Huesca
- Julio-septiembre 2018: recepción, tabulación y análisis estadístico de la información obtenida.

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 - 2018/1399

1. TÍTULO

PROTOCOLO MANEJO PACIENTE PARA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CA COLORRECTAL CON ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES: IMPACTO SOBRE TIEMPOS DE DEMORA, MORBILIDAD PERI O POST-PROCEDIMIENTO Y ABSENTISMO LABORAL

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE KATTALIN ASPURU RUBIO
• Profesión MEDICO/A
• Centro H SAN JORGE
• Localidad HUESCA
• Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
• Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS
LACALLE AICUA LAURA
LASIERRA BETRAN CARMEN
BELLOC BARBASTRO BLANCA
CARREERA LAPIEDRA NOELIA
ESCOBAR BELLO MARIA
DIESTE SAMITIER SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Reunión de los componentes del equipo de mejora de los servicios de digestivo (Dra. Aspuru y Dr. Santolaria) y de hematología (Dra. Lacalle) en junio: estudiamos y valoramos las guías clínicas más actualizadas sobre manejo de la antiagregación y anticoagulación previa a la colonoscopia y decidimos basar nuestro documento en las últimas guías de las sociedades americana y europea de endoscopia y en el documento español de consenso para manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico:

- D. Vivas et al. Manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico: documento de consenso de SEC, SEDAR, SEACV, SECTCV, AEC, SECPRE, SEPD, SEGO, SEHH, SETH, SEMERGEN, SEMFYC, SEMG, SEMICYUC, SEMI, SEMES, SEPAR, SENEC, SEO, SEPA, SERVEI, SECOT y AEU. Rev Esp Cardiol. 2018;71(7):553-564
 - Veitch AM, Vanbiervliet G, Gershlick AH, Boustiere C, Baglin TP, Smith LA, Radaelli F, Knight E, Gralnek IM, Hassan C, Dumonceau JM. Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy, including direct oral anticoagulants: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guidelines. Endoscopy. 2016 Apr;48(4):385-402.
 - Acosta RD, Abraham NS, Chandrasekhara V, Chathadi KV, Early DS, Eloubeidi MA, Evans JA, Faulx AL, Fisher DA, Fonkalsrud L, Hwang JH, Khashab MA, Lightdale JR, Muthusamy VR, Pasha SF, Saltzman JR, Shaikat A, Shergill AK, Wang A, Cash BD, ar DeWitt JM. The management of antithrombotic agents for patients undergoing GI endoscopy. Gastrointest Endosc. 2016 Jan;83(1):3-1
- 2.- Redacción del primer borrador del documento en julio y agosto: en el servicio de digestivo nos encargamos de estudiar las guías clínicas, seleccionar los contenidos y redactar un primer documento con las ideas principales
- 3.- Redacción del texto definitivo en septiembre, octubre y noviembre: las Dras. Aspuru y Lacalle nos reunimos en varias ocasiones para concretar el contenido del documento y que este resultase sencillo, claro y conciso. Un aspecto esencial ha sido redactarlo y maquetarlo para conseguir un texto práctico y visual, incluyendo cuadros y tablas.
- 4.- Reunión con Amadeo Elduque (Subdirector Médico de Atención Primaria) en diciembre para la elaboración de la estrategia para darle la máxima difusión al documento: se decide que se enviará por mail el documento de manejo de anticoagulación/antiagregación en pacientes de cribado de CCR a todos los médicos de atención primaria del sector. En los próximos meses se ampliará la edad de inicio del cribado de CCR a 50 años y aprovecharemos la comunicación del cronograma por centros de salud para adjuntar el documento.
- 5.- Valoración del documento por dirección en enero: se envía el documento a Dirección del Hospital y a Dirección de Gestión que consideran adecuada su difusión y aprueban que se cuelgue en la intranet del sector.
- 6.- Reunión con el servicio de informática en febrero para colgar el documento en la intranet del sector: se decide ubicar el documento junto con los consentimientos informados para la endoscopia y los folletos preredactados de petición de colonoscopia y gastroscopia. El documento ha quedado accesible para los médicos de atención primaria y todos los médicos de otras especialidades que deseen consultarlo ya que se trata de una guía de consulta útil aplicable a otros pacientes fuera del programa de prevención de cáncer colorrectal

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos redactado un documento actualizado para el manejo de la antiagregación y anticoagulación para la colonoscopia de cribado que contempla los nuevos anticoagulantes orales de acción directa y los antiagregantes más recientes. Este manual incluye tablas para estratificación del riesgo trombótico y una tabla con un cronograma de ejemplo para suspender el Sintrom o aldocumar y realizar la terapia puente con heparina. Los nombres de los antiagregantes y anticoagulantes se acompañan de los nombres comerciales del fármaco para agilizar el proceso de consulta y evitar confusiones. En términos generales se trata de un texto conciso y redactado de forma esquemática con el objetivo de que sea muy visual y que el médico de atención primaria no pierda mucho tiempo en decidir la pauta a seguir.

La difusión del documento todavía no ha sido la deseada ya que como he explicado anteriormente se enviará por mail a medida que se vaya iniciando el cribado en la población de 50 a 59 años, el cronograma de implantación del cribado es escalonado para no saturar la unidad de endoscopias por lo tanto tardaremos unos meses en poder valorar el impacto de nuestro proyecto de calidad y calcular los indicadores seleccionados. La fuente de obtención de los datos serán la historia clínica electrónica para conocer el tratamiento crónico de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1399

1. TÍTULO

PROTOCOLO MANEJO PACIENTE PARA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CA COLORRECTAL CON ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES: IMPACTO SOBRE TIEMPOS DE DEMORA, MORBILIDAD PERI O POST-PROCEDIMIENTO Y ABSENTISMO LABORAL

pacientes y las complicaciones asociadas al procedimiento y los propios pacientes que nos informarán sobre si se les ha ajustado el tratamiento antiagregante o anticoagulante.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El cribado de cáncer colorrectal se considera la procedimiento más coste-efectivo y coste-eficaz de los programas de prevención de cáncer, pero conlleva un incremento significativo de la actividad de una unidad de endoscopias. Además de la adecuación de las colonoscopias de los pacientes sintomáticos o de alto riesgo es imprescindible optimizar la agenda de las exploraciones del programa de cribado. Por este motivo consideramos imprescindible evitar repetir exploraciones innecesariamente. La implantación de esta estrategia de manejo del paciente antiagregado/anticoagulado ha permitido minimizar las repeticiones de colonoscopias con el riesgo, el perjuicio y la incomodidad que conllevan para el paciente. Esperamos que a medida que se vaya ampliando la difusión del documento consigamos observar una reducción en la lista de espera optimizando así el funcionamiento de nuestra unidad

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1399 ===== ***

Nº de registro: 1399

Título
PROTOCOLO MANEJO PACIENTE PARA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CA COLORRECTAL CON ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES: IMPACTO SOBRE TIEMPOS DE DEMORA, MORBILIDAD PERI O POST-PROCEDIMIENTO Y ABSENTISMO LABORAL

Autores:
ASPURU RUBIO KATALIN, SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS, LACALLE AICUA LAURA, LASIERRA BETRAN CARMEN, BELLOC BARBASTRO BLANCA, CARRERA LAPIEDRA NOELIA, ESCOBAR BELLO MARIA, DIESTE SAMITIER SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El cáncer colorrectal (CCR) es actualmente el cáncer más frecuente si tomamos como referencia ambos sexos. Su detección precoz es clave en el pronóstico de la enfermedad y, hoy en día, es posible gracias a los programas de cribado (PrCr). En Aragón el programa de cribado consiste en la detección de sangre oculta en heces mediante un test inmunoquímico bienal y colonoscopia a los resultados positivos.

Se estima que entre el 40 y el 60% de los pacientes a quienes se les realiza una Ccr tendrán adenomas subsidiarios de resección endoscópica o polipectomía. La polipectomía se considera una técnica con riesgo implícito de hemorragia digestiva. En este punto, las guías clínicas actuales recomiendan ajustar el tratamiento antiagregante y anticoagulante días antes de la prueba para minimizar el riesgo. Por otro lado, existe una elevada prevalencia de las enfermedades cardiovasculares en nuestro medio lo que implica que una proporción significativa de pacientes subsidiarios de colonoscopia se hallarán en tratamiento anticoagulante o antiagregante.

Desde la implantación del PrCr en nuestra área de salud es notable el número de colonoscopias que deben repetirse al no haberse suspendido la toma de antiagregantes o anticoagulantes. Este fenómeno resta eficiencia al programa, genera un nuevo riesgo (e incomodidad) al paciente, grava los costes y repercute directamente en la productividad laboral al generar absentismo y presentismo en el paciente. En el otro extremo, algunos pacientes suspenden por iniciativa propia la anticoagulación añadiendo riesgo de eventos cardiovasculares.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Optimizar el manejo de los pacientes antiagregados y anticoagulados a quienes se les realiza una Ccr, tras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1399

1. TÍTULO

PROTOCOLO MANEJO PACIENTE PARA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CA COLORRECTAL CON ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES: IMPACTO SOBRE TIEMPOS DE DEMORA, MORBILIDAD PERI O POST-PROCEDIMIENTO Y ABSENTISMO LABORAL

- balancear la seguridad cardiovascular y el riesgo de hemorragia digestiva.
- 2. Reducir el número de complicaciones hemorrágicas y cardiovasculares asociadas al procedimiento.
- 3. Disminuir la tasa de colonoscopias evitables y acortar los tiempos de demora.
- 4. Facilitar y simplificar la labor del médico de atención primaria.

MÉTODO

Diseñar un protocolo asistencial basado en la información proporcionada por las Guías y Consensos promovidos desde diferentes ámbitos -Endoscopia, Cardiología- donde se explique de una forma eficiente, clara y concisa la pauta a seguir en el paciente subsidiario de colonoscopia de cribado y que recibe anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios.

El protocolo será valorado y consensado con el Servicio de Hematología.

Establecer una estrategia de comunicación que garantice una amplia difusión del protocolo en los centros de salud de nuestra área sanitaria.

El Documento quedará accesible en la intranet del sector para todos los médicos de atención primaria y los demás interesados, ya que se trata de una guía de consulta útil aplicable a muchos otros pacientes fuera del programa de cribado de CCR.

INDICADORES

Indicadores:

- % de pacientes a los que se les realiza una colonoscopia pertenecientes al programa de cribado de CCR que reciben tratamiento anticoagulante o antiagregante.
- % de pacientes candidatos a Ccr a quienes se les realiza la colonoscopia una vez que se ha ajustado el tratamiento antiticoagulante o antiagregante, de acuerdo con los procedimientos y directrices establecidos en el protocolo.
- % de colonoscopias que es necesario duplicar por no haber ajustado el tratamiento.
- Tasa de complicaciones asociadas al procedimiento tras la aplicación de las directrices expuestas en el protocolo asistencial (incluye aquellas asociadas a la endoscopia propiamente dicha y las complicaciones cardiovasculares)
- nº de horas de absentismo laboral relacionado con el procedimiento.

La obtención de los datos será obtenida a través de una entrevista clínica realizada al paciente con la debida antelación antes de la colonoscopia. El resultado óptimo sería que ningún paciente precisase repetir la colonoscopia por no haber ajustado previamente el tratamiento.

DURACIÓN

- Elaboración del protocolo de manejo del paciente que va a ser sometido a CCR hallándose en tratamiento anticoagulante o antiagregante en junio-2018.
- Valoración y aprobación del documento por el Servicio de Hematología: julio de 2018.
- Difusión del Documento a través de la Dirección de Atención primaria, así como de la intranet del hospital en el 4º trimestre de 2018.
- Tabulación, análisis e interpretación de los resultados preliminares: 1º trimestre 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 - 2018/1492

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA CAMO MONTERDE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGUEZ CAJAL MANUEL
SUELVES FERRER MARIA TERESA
CUARTERO CUENCA BERTA
GIMENO GARCIA BEATRIZ
VELILLA ALONSO TERESA
PALANCA GARCIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión entre los componentes del proyecto para perfilar el organigrama
Inicio del checklist adecuado al servicio de urgencias.
Se ha informado parcialmente a los pacientes del proyecto que queremos iniciar para mayor confianza

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Mejoría de la atención inicial al paciente con enfermedad inflamatoria intestinal que acude por un brote agudo de su enfermedad.
Adecuación de la anamnesis y exploración inicial por parte de los facultativos de urgencia
Organización y adecuación de la solicitud de pruebas complementarias desde el servicio de urgencias.
Optimización del inicio y mantenimiento del tratamiento del brote agudo.
Mejora de la vía de acceso a la unidad de Enfermedad Inflamatoria del hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto tiene buena aceptación por parte de los profesionales y es una forma de facilitar una vía rápida para el manejo de este tipo de pacientes, si bien es preciso más tiempo y experiencia para poder adecuarlo a las necesidades del servicio.
La orientación es adecuada pero es necesario perfilarlo mejor y optimizar algunos aspectos del checklist y valoración del paciente.

7. OBSERVACIONES.
Es necesario más tiempo para realizar una correcta labor del proyecto puesto que se está empezando a implantar el checklist por lo que de momento se trata de una memoria de seguimiento y es necesario más tiempo para una correcta adecuación y correcta valoración de los indicadores, de cara al segundo semestre de 2019

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1492 ===== ***

Nº de registro: 1492

Título
DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
CAMO MONTERDE PATRICIA, DOMINGUEZ CAJAL MANUEL, SUELVES FERRER MARIA TERESA, CUARTERO CUENCA BERTA, GIMENO GARCIA BEATRIZ, VELILLA ALONSO TERESA, PALANCA GARCIA EUGENIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1492

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), donde se incluye la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU) es una patología de curso crónico, en cuya etiopatogenia influyen factores ambientales, genéticos e inmunológicos, con una incidencia anual que está en aumento siendo actualmente en Europa de 5,5-6,5 casos por cada 100.000 habitantes. Estos pacientes pueden presentar una evolución compleja debido al curso natural de la enfermedad que suele cursar con episodios de reactivación de la actividad, o presentar efectos secundarios debidos a los fármacos utilizados, obligando al paciente a tener que acudir al servicio de urgencias. Una adecuada acción en el servicio de urgencias puede ser determinante en estos pacientes, desarrollando unas pautas generales de actuación, estableciendo un contacto con la unidad o la consulta especializada de EII. Estos pacientes pueden presentar complicaciones propias de la enfermedad (brote agudo de actividad, oclusión intestinal, hemorragia digestiva) que requerirán tratamiento específico y dirigido.

Es por esto, que es necesario una pauta de actuaciones en el servicio de urgencias para una correcta valoración de síntomas alarmantes o signos que sugieran gravedad en el cuadro clínico, así como saber diferenciar el brote de la EII, de un proceso diferente, aunque concomitante al curso de la enfermedad, y no someter así al paciente a riesgos innecesarios, como tratamiento antibiótico, antiinflamatorio o corticoesteroides si no es necesario.

RESULTADOS ESPERADOS

Desarrollar un protocolo asistencial de atención al paciente con Enfermedad Inflamatoria Intestinal en el servicio de Urgencias en el Hospital San Jorge.

Con este protocolo se pretende mejorar la atención al paciente en el servicio de urgencias indicando la correcta valoración del paciente, optimizar el tratamiento de forma adecuada, haciendo un uso racional de los recursos y fármacos para disminuir las complicaciones y posibles efectos adversos teniendo en cuenta una serie de variables y pasos a seguir.

Estos serían:

- Realización una correcta valoración inicial del paciente con antecedentes y datos clínicos de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (tipo, curso, complicaciones previas) y tratamiento farmacológico actual y previo.
- Realización de pruebas complementarias necesarias iniciales para determinar actividad de la enfermedad, y diagnóstico diferencial con posibles patologías que pueda presentar el paciente de forma concomitante.
- Determinar en función de los resultados tratamiento a seguir, con optimización de dosis de forma individualizada.
- Contacto con la unidad para crear un acceso rápido en caso de seguimiento ambulatorio del paciente

MÉTODO

-Creación de un Checklist para realizar en el servicio de urgencias, donde se identifiquen los aspectos clínicos, signos y síntomas, más importantes en la anamnesis del paciente, junto con datos del curso de la enfermedad y tratamientos concomitantes.

-Protocolizar petición de pruebas complementarias iniciales: analítica sanguínea completa (con PCR y VSG si está disponible), radiografía simple de tórax y abdomen y coprocultivos; definir en qué situaciones estaría indicado solicitar otras pruebas de imagen (ecografía y TAC abdominal).

-Elección de índices de evaluación de actividad clínica.

-Acceso de manera rápida y eficaz con la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en el hospital para una adecuada valoración interdisciplinar

INDICADORES

- % de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal que han sido atendidos en urgencias
- % de pacientes atendidos en el servicio de urgencias por un brote agudo de su enfermedad inflamatoria intestinal
- % de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en el servicio de urgencias por un motivo diferente a un brote agudo de su enfermedad
- % de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en el servicio de urgencias que requieren ingreso hospitalario

DURACIÓN

?Primer semestre 2018: Reuniones entre los miembros de la unidad (staff médico y de enfermería) para la elección de marcadores de seguimiento, índices de evaluación clínica, protocolizar pruebas complementarias para solicitar en urgencias y vía de derivación a consulta monográfica de enfermedad inflamatoria intestinal.

?Segundo semestre 2018: Creación del Checklist e inicio de su utilización y del resto del protocolo.

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 - 2018/0688

1. TÍTULO

ACCESO A LA INFORMACION Y ACREDITACION DE LAS COMISIONES CLINICAS DEL SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE ROSA GIRAL OLIVAN
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL
MONTOIRO ALLUE RAQUEL
PABLO JULVEZ SILVIA
MONTERO ALONSO GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha reestructurado el apartado referente a las comisiones clínicas en la Intranet del Sector. Facilitando información de interés, modelo de solicitud de incorporación, relación de comisiones y resumen anual.

Cada comisión dispone de un espacio propio en el que aparece reflejado su reglamento, los miembros que la integran o han formado parte de ella en alguna ocasión, las actas, un resumen anual así como las solicitudes de nueva incorporación (lista de espera). Se ha recopilado esta información de todas las comisiones, actualizado y organizado atendiendo a la estructura anteriormente descrita.

El calendario marcado se ha cumplido, en abril ya existía esta estructura en la intranet aunque no tuviera contenido o este no estuviera actualizado. En mayo se envió un correo a los presidentes y secretarios de las distintas comisiones informándoles del nuevo apartado de la intranet, solicitándoles la información necesaria, comunicándoles así mismo la importancia de mantener actualizada la información ahí expuesta en aras de la transparencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha puesto a disposición de todos los profesionales del Sector Sanitario la información relativa las Comisiones que les permita conocer qué comisiones hay, cuál es su contenido, quiénes son sus miembros y qué actividad realiza.

Se ha facilitado la petición de ingreso en las mismas estableciendo unos criterios homogéneos, un modelo estándar y publicando la lista de espera para formar parte de cada una de las comisiones. Además, pueden consultar el número de miembros de cada comisión, si su unidad clínica está ya integrada en la Comisión y el número de personas que han solicitado la pertenencia a la misma.

Se ha agilizado el proceso de acreditación de pertenencia a las mismas al tener recopilada toda la información necesaria para poder consultarla al momento y poder emitir la correspondiente certificación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Disponer de un circuito definido con estructura delimitada y accesible para todo el personal facilita la gestión de las Comisiones y mejora el conocimiento de las mismas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/688 ===== ***

Nº de registro: 0688

Título
ACCESO A LA INFORMACION Y ACREDITACION DE LAS COMISIONES CLINICAS DEL SECTOR HUESCA

Autores:
GIRAL OLIVAN ROSA, BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL, MONTOIRO ALLUE RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0688

1. TÍTULO

ACCESO A LA INFORMACION Y ACREDITACION DE LAS COMISIONES CLINICAS DEL SECTOR HUESCA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el Sector de Huesca hay constituidas distintas Comisiones como órganos de carácter consultivo e interdisciplinario, creados para asesorar a la respectiva Dirección y en la que participan los profesionales que desarrollan su actividad en los centros asistenciales adscritos al Sector Sanitario de Huesca del Servicio Aragonés de Salud. Se componen de un Presidente, un Secretario y un número definido de vocales, pudiendo participar Residentes en formación. Actualmente no hay disponible información actualizada y completa, accesible para los trabajadores del Sector de Huesca sobre las Comisiones constituidas, los miembros que pertenecen a cada una de ellas ni la actividad que se realiza en su seno. Como consecuencia los profesionales no saben qué comisiones existen para poder solicitar su ingreso ni cuál es el procedimiento a seguir, por lo que Secretaría de Dirección tiene que atender a estas consultas de forma periódica.

RESULTADOS ESPERADOS

Con este proyecto se pretende poner a disposición de todos los profesionales del Sector Sanitario la información relativa las Comisiones que les permita conocer qué comisiones hay, cuál es su contenido, quiénes son sus miembros y qué actividad realiza. También se pretende facilitar la petición de ingreso en las mismas estableciendo unos criterios homogéneos, un modelo estándar y publicando la lista de espera para formar parte de cada una de las comisiones, descargando a Secretaría de Dirección de tener que atender estas consultas. Adicionalmente, se pretende agilizar el proceso de acreditación de pertenencia a las mismas teniendo recopilada toda la información necesaria para poder consultarla al momento y poder emitir la correspondiente certificación.

MÉTODO

Las acciones previstas son recopilar y organizar la información de las distintas comisiones. La información que se facilite estará estructurada de forma que se muestre un breve documento introductorio, así como un listado con las Comisiones indicando:

- Nombre comisión
- Núm. actual miembros
- Presidente (mail)
- Secretario (mail)

Cada Comisión tendrá su propio espacio en el que, como mínimo, deberá aparecer:

- Reglamento
- Actas de comisiones
- Resumen anual de actividad
- Relación miembros (inicio, fin, cargo)
- Lista de solicitudes (persona, servicio, fecha solicitud)

Se contactará vía email con los presidentes y secretarios de todas las comisiones para informales y solicitarles su colaboración.

INDICADORES

% de comisiones que tienen en la nueva estructura los contenidos mínimos establecidos. (100% - 70%)

DURACIÓN

La duración prevista es el año 2018. Se plantean los distintos hitos:

- abril -> Relación actualizada de comisiones y del documento introductorio.
- mayo -> Correo electrónico a los presidentes/secretarios informándoles de los cambios y de la información que deben facilitar.
- junio-agosto -> Recopilación y organización de toda la información recibida.

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 - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTION DE BIOSIMILARES

Fecha de entrada: 20/12/2018

2. RESPONSABLE ALFREDO BONDIA GIMENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERMEJO ESCOBAR AMALIO
AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR
VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN
ALLUE FANTOVA NATALIA
SERRANO VICENTE MARIA CARMEN
ESCOLANO PUEYO ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Monitorización del consumo de biosimilares (BS) respecto a los biológicos habitualmente utilizados en el entorno hospitalario.
Incluyendo un apartado particular de enfermos con enfermedad inflamatoria intestinal.
Desarrollo de actividades formativas del uso de este tipo de fármacos para todos los estamentos del hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de consumo de BS/total de consumo de biológicos:
Valor objetivo: 2,5%
Valor obtenido: 9% (consumo de fármacos de Datos de farmacia)
Rango resultados: 10 puntos

Nº de pacientes tratados con BS respecto al total de pacientes tratados con biológicos:

Valor objetivo: 10%
Valor obtenido: 37% (de 422 pacientes tratados con biológicos que tienen BS, 156 han sido tratados con BS)
(consumo de fármacos de Datos de farmacia)
Rango resultados: 10 puntos

Porcentaje de variación de pacientes tratados con BS en 2018/

Porcentaje de variación de pacientes tratados con BS en 2017

Valor objetivo: 50%
Valor obtenido: 40,5%
Rango resultados: 1 punto

Nº de pacientes nuevos con EII en tto con BS/nº de pacientes nuevos totales con EII

Valor objetivo: 90%
Valor obtenido: 85,7%
Rango resultados: 7,5 puntos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Sería conveniente hacer expansivo este Proyecto a otros sectores del hospital para mejorar el uso racional del medicamento, siempre y cuando no existan trabas burocráticas que lo impidan.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1401 ===== ***

Nº de registro: 1401

Título
GESTION DE BIOSIMILARES

Autores:
AMADOR RODRIGUEZ PILAR, MONTOIRO ALLUE RAQUEL, VIÑUALES ARMENGOL CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, ESCOLANO PUEYO ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTION DE BIOSIMILARES

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el ámbito hospitalario, los fármacos biotecnológicos son el grupo de medicamentos con mayor tasa de crecimiento en términos económicos. La mayoría de ellos se utilizan en enfermedades graves, muy limitantes y que tienen un coste medio por paciente elevado.

A nivel europeo destacan sobre todo las políticas de financiación y fomento del uso de biosimilares puestas en marcha por los países nórdicos. En 2016 el uso de anti-TNF biosimilares (infliximab y etanercept) en Dinamarca, Noruega y Finlandia alcanzó el 90%, 82% y 61%, respectivamente. La media europea fue del 24% y en España esta tasa fue del 19%.

Desde su salida al mercado, en 2007, los medicamentos biosimilares han sido vistos como un impulso para la contención del incremento del gasto sanitario y, en especial, del gasto farmacéutico. Pero su incorporación se ha encontrado con diversas barreras que, sobre todo, afloraron a raíz de la comercialización de infliximab, primer biosimilar de un anticuerpo monoclonal. De hecho, los biosimilares de somatropina, de epoetinas y de filgrastim se vienen utilizando desde hace años sin que se hayan producido controversias al respecto. Los aspectos más debatidos, como son la inmunogenicidad, la biosimilitud o la intercambiabilidad, no han sido tan cuestionados para estas moléculas como lo está siendo para el biosimilar de infliximab y otros de estructura compleja.

La introducción de medicamentos biosimilares tiene un enorme impacto económico y contribuye a mejorar la gestión de la prestación farmacéutica:

- Se comercializan con importantes reducciones de precio.
- Aumentan la competencia de precios entre sí y con los medicamentos de la misma clase terapéutica.
- Permiten tratar a más pacientes con menor coste.
- Liberan recursos para la incorporación de nuevos tratamientos.

La principal razón para utilizar un biosimilar en lugar del fármaco innovador es la minimización de costes y su contribución a la eficiencia del Sistema Sanitario. La llegada al mercado de biosimilares ha reducido el coste por paciente de los tratamientos.

En España, según estimaciones realizadas por IMS el ahorro acumulativo esperado para el periodo 2016-2020 de 8 medicamentos biosimilares de alto impacto se situaría entre 1.000 millones de euros (reducción de precio 20%) y 2.000 millones de euros (reducción de precio del 40%), lo que contribuiría a la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

SITUACIÓN ACTUAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

En el Hospital San Jorge de Huesca en el año 2017 el consumo de fármacos biológicos ha sido de 7.217.619,34 € el 42 % del total de consumo.

Los fármacos biosimilares disponibles son:

- Somatotropina
- Filgrastim
- Infliximab

Los servicios implicados han sido:

- Pediatría (somatotropina)
- Oncología/Hematología (filgrastim)
- Digestivo/Reumatología (influximab)

El consumo ha sido desigual respecto a los biosimilares que cada Servicio utiliza:

- Oncología y Hematología: 100% biosimilar.
- Pediatría: 6,03%
- Digestivo: 36,8 %
- Reumatología: 0%

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Formación del personal clínico en el uso de biosimilares.
- 2.- Favorecer la utilización de biosimilares.
- 3.- Disminuir el coste de los fármacos biotecnológicos.
- 4.- Contribuir a la eficiencia del sistema sanitario.

MÉTODO

- 1.- Formación del personal médico con sesiones en los servicios implicados en este tipo de fármacos.
- 2.- Charla FORMATIVA /INFORMATIVA en las sesiones generales del Hospital.
- 3.- Reuniones con la Dirección Médica.
- 4.- Priorización de Servicios Clínicos y de fármacos biosimilares a incorporar
- 5.- Seguimiento y trazabilidad de las nuevas moléculas incorporadas.

INDICADORES

INDICADOR/ES: VALOR OBJETIVO 2018

% de consumo de biosimilares respecto al consumo del total de biológicos 2,5%

% de pacientes tratados con biosimilares respecto al total de pacientes tratados con biológicos. 10%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTION DE BIOSIMILARES

% de variación número de pacientes tratados con biosimilares 18/17	50%
% de variación de consumo de biosimilares 18/17	50%
Nº de pacientes nuevos de AR con biosimilares/nº total de pacientes nuevos de AR.	20%
Nº de pacientes nuevos con enfermedad inflamatoria intestinal con biosimilar/nº de pacientes nuevos totales con EII	90%
Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital	Si

DURACIÓN

- 1.- Valorar el impacto de los fármacos biotecnológicos en el Hospital San Jorge de Huesca. (febrero-2018).
- 2.- Establecer con la Dirección Médica estrategias para la incorporación de biosimilares. (marzo-2018)
- 3.- Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital (marzo-2018).
- 4.- Realizar sesiones con los servicios más directamente implicados con dichos fármacos (abril-mayo 2018)
- 5.- Incorporación de nuevas moléculas (2018-2019).
- 6.- Trazabilidad de los biosimilares con los aplicativos informáticos de los que disponemos en el Servicio de Farmacia (farmatools y OncoFarm) (2018-2019)
- 7.- Detección y seguimiento de reacciones adversas a biosimilares. (2018-2019)

OBSERVACIONES

La incorporación al sistema sanitario de fármacos biosimilares es un trabajo de coordinación entre los distintos agentes implicados: equipo directivo, clínicos y farmacéuticos en beneficio de la sostenibilidad del sistema sanitario por lo que requiere una importante labor de formación y de concienciación del personal implicado sin menoscabar la eficacia y la seguridad del tratamiento al paciente.

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 - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTION DE BIOSIMILARES

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR AMADOR RODRIGUEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTOIRO ALLUE RAQUEL
VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN
ALLUE FANTOVA NATALIA
SERRANO VICENTE MARIA CARMEN
ESCOLANO PUEYO ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Se han realizado charlas informativas en los servicios implicados en el uso estos fármacos (Oncología, Hematología, Reumatología, Dermatología y Medicina Interna).
2.- Se han tenido reuniones conjuntas con la Dirección Médica y los servicios implicados en el uso biosimilares.
3.- Se ha llevado al orden del día de la Comisión de Farmacia del Sector.
4.- Se han realizado dos charlas formativas, una de ellas en el marco de las sesiones generales del Hospital y otra organizada con la Gerencia para el Sector de Huesca y Barbastro.
5.- Se han seleccionado los Servicios implicados en el uso de biosimilares gestionando con ellos tanto la introducción como la forma de utilización de los mismos.
6.- Una vez introducidas las moléculas, el Servicio de Farmacia tiene que gestionar tanto el seguimiento de los fármacos como la trazabilidad de los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1: % de consumo de biosimilares respecto al consumo total de biológicos con biosimilar en el mercado durante el año 2018. Objetivo marcado (2,5%). Resultado obtenido: 9%

Indicador 2: % de pacientes tratados con biosimilares respecto al total de pacientes tratados con biológicos. Objetivo marcado (10%). Resultado obtenido: 37%

Indicador 3: % de variación de número de pacientes tratados con biosimilares 18/17. Objetivo marcado: (50%). Resultado obtenido: 40,5%

Indicador 4: % de variación del consumo de biosimilares 18/17. Objetivo marcado: (50%). Resultado obtenido: 83%

Indicador 5: N° de pacientes nuevos con AR con biosimilares/n° total de pacientes nuevos de AR. Objetivo marcado: (20%). Resultado obtenido: 5%

Indicador 6: N° de pacientes nuevos con EII con biosimilares/n° total de pacientes nuevos de EII: (90%). Resultado obtenido: 85,7%

Indicador 7: Charlas formativas e informativas: si. Se han realizado charlas formativas e informativas ya comentadas en los puntos anteriores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La incorporación al sistema sanitario de los fármacos biosimilares es un trabajo de coordinación entre los distintos agentes implicados en beneficio de la sostenibilidad del sistema sanitario que requiere una importante labor de formación y concienciación del personal implicado, sin menoscabar la eficacia y seguridad de los tratamientos.
Este proyecto tiene una duración y seguimiento de dos años en los que se intentará mejorar alguno de los indicadores evaluados.

7. OBSERVACIONES.

Proyecto de duración de dos años.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1401 ===== ***

N° de registro: 1401

Título
GESTION DE BIOSIMILARES

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTION DE BIOSIMILARES

AMADOR RODRIGUEZ PILAR, MONTOIRO ALLUE RAQUEL, VIÑUALES ARMENGOL CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, ESCOLANO PUEYO ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el ámbito hospitalario, los fármacos biotecnológicos son el grupo de medicamentos con mayor tasa de crecimiento en términos económicos. La mayoría de ellos se utilizan en enfermedades graves, muy limitantes y que tienen un coste medio por paciente elevado.

A nivel europeo destacan sobre todo las políticas de financiación y fomento del uso de biosimilares puestas en marcha por los países nórdicos. En 2016 el uso de anti-TNF biosimilares (infliximab y etanercept) en Dinamarca, Noruega y Finlandia alcanzó el 90%, 82% y 61%, respectivamente. La media europea fue del 24% y en España esta tasa fue del 19%.

Desde su salida al mercado, en 2007, los medicamentos biosimilares han sido vistos como un impulso para la contención del incremento del gasto sanitario y, en especial, del gasto farmacéutico. Pero su incorporación se ha encontrado con diversas barreras que, sobre todo, afloraron a raíz de la comercialización de infliximab, primer biosimilar de un anticuerpo monoclonal. De hecho, los biosimilares de somatropina, de epoetinas y de filgrastim se vienen utilizando desde hace años sin que se hayan producido controversias al respecto. Los aspectos más debatidos, como son la inmunogenicidad, la biosimilitud o la intercambiabilidad, no han sido tan cuestionados para estas moléculas como lo está siendo para el biosimilar de infliximab y otros de estructura compleja.

La introducción de medicamentos biosimilares tiene un enorme impacto económico y contribuye a mejorar la gestión de la prestación farmacéutica:

- Se comercializan con importantes reducciones de precio.
- Aumentan la competencia de precios entre sí y con los medicamentos de la misma clase terapéutica.
- Permiten tratar a más pacientes con menor coste.
- Liberan recursos para la incorporación de nuevos tratamientos.

La principal razón para utilizar un biosimilar en lugar del fármaco innovador es la minimización de costes y su contribución a la eficiencia del Sistema Sanitario. La llegada al mercado de biosimilares ha reducido el coste por paciente de los tratamientos.

En España, según estimaciones realizadas por IMS el ahorro acumulativo esperado para el periodo 2016-2020 de 8 medicamentos biosimilares de alto impacto se situaría entre 1.000 millones de euros (reducción de precio 20%) y 2.000 millones de euros (reducción de precio del 40%), lo que contribuiría a la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

SITUACIÓN ACTUAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

En el Hospital San Jorge de Huesca en el año 2017 el consumo de fármacos biológicos ha sido de 7.217.619,34 € el 42 % del total de consumo.

Los fármacos biosimilares disponibles son:

- Somatotropina
- Filgrastim
- Infliximab

Los servicios implicados han sido:

- Pediatría (somatotropina)
- Oncología/Hematología (filgrastim)
- Digestivo/Reumatología (infliximab)

El consumo ha sido desigual respecto a los biosimilares que cada Servicio utiliza:

- Oncología y Hematología: 100% biosimilar.
- Pediatría: 6,03%
- Digestivo: 36,8 %
- Reumatología: 0%

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Formación del personal clínico en el uso de biosimilares.
- 2.- Favorecer la utilización de biosimilares.
- 3.- Disminuir el coste de los fármacos biotecnológicos.
- 4.- Contribuir a la eficiencia del sistema sanitario.

MÉTODO

- 1.- Formación del personal médico con sesiones en los servicios implicados en este tipo de fármacos.
- 2.- Charla FORMATIVA /INFORMATIVA en las sesiones generales del Hospital.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

1. TÍTULO

GESTION DE BIOSIMILARES

- 3.- Reuniones con la Dirección Médica.
- 4.- Priorización de Servicios Clínicos y de fármacos biosimilares a incorporar
- 5.- Seguimiento y trazabilidad de las nuevas moléculas incorporadas.

INDICADORES

INDICADOR/ES: VALOR OBJETIVO 2018

% de consumo de biosimilares respecto al consumo del total de biológicos	2,5%
% de pacientes tratados con biosimilares respecto al total de pacientes tratados con biológicos.	10%
% de variación número de pacientes tratados con biosimilares 18/17	50%
% de variación de consumo de biosimilares 18/17	50%
Nº de pacientes nuevos de AR con biosimilares/nº total de pacientes nuevos de AR.	20%
Nº de pacientes nuevos con enfermedad inflamatoria intestinal con biosimilar/nº de pacientes nuevos totales con EII	90%
Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital	Si

DURACIÓN

- 1.- Valorar el impacto de los fármacos biotecnológicos en el Hospital San Jorge de Huesca. (febrero-2018).
- 2.- Establecer con la Dirección Médica estrategias para la incorporación de biosimilares. (marzo-2018)
- 3.- Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital (marzo-2018).
- 4.- Realizar sesiones con los servicios más directamente implicados con dichos fármacos (abril-mayo 2018)
- 5.- Incorporación de nuevas moléculas (2018-2019).
- 6.- Trazabilidad de los biosimilares con los aplicativos informáticos de los que disponemos en el Servicio de Farmacia (farmatools y OncoFarm) (2018-2019)
- 7.- Detección y seguimiento de reacciones adversas a biosimilares. (2018-2019)

OBSERVACIONES

La incorporación al sistema sanitario de fármacos biosimilares es un trabajo de coordinación entre los distintos agentes implicados: equipo directivo, clínicos y farmacéuticos en beneficio de la sostenibilidad del sistema sanitario por lo que requiere una importante labor de formación y de concienciación del personal implicado sin menoscabar la eficacia y la seguridad del tratamiento al paciente.

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 - 2018/0686

1. TÍTULO

CUADRO DE MANDOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE GEMMA MONTERO ALONSO
· Profesión TECNICO DE GESTION DE SISTEMAS
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. GESTION DE SISTEMAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIRAL DE MUR MARIA MATILDE
PELEGRIN VALERO CARMELO MARIANO
GARCIA CARRILLO MARIA TEODOSIA
PUYOL MASIAS MARIA AZUCENA
OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER
TORRALBA SUSIN MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En febrero de 2018 se comenzó a trabajar en el diseño de un cuadro de mandos que englobase toda la atención sanitaria de salud mental del Sector de Huesca. Siguiendo la forma de trabajo del resto de centros y servicios del sector se trabajó en un cuadro de mandos que mostrara la información desagregada por unidades (equipo de atención primaria, UME, ULE, etc.) y también agregada a nivel superior (Todas las unidades de salud mental de AP, toda la actividad del CRP). En este momento se contactó con las personas de los distintos centros que registran la información con la que se va a trabajar, para establecer proceso de explotación de datos para alimentar el cuadro de mandos

En junio de 2018 se envió una versión preliminar del cuadro de mandos a la dirección médica, al jefe de servicio de psiquiatría y a Javier Olivera, para que la validasen y/o aportasen las consideraciones que quisieran. Con el feedback de ese correo se realizaron las oportunas modificaciones en el cuadro de mandos que se volvió a remitir a los mismos actores para su aprobación definitiva.

A finales de junio, una vez obtenido el visto bueno, ya se estaba en disposición de difundir el cuadro de mandos con periodicidad mensual. Se solicitó al jefe de servicio de psiquiatría que indicase los destinatarios del cuadro de mandos.

En agosto se realizó el primer envío de cuadro de mandos, con información desglosada por centros y unidades para que los responsables puedan realizar la difusión entre los mandos intermedios que consideren. Desde entonces se ha realizado con la periodicidad establecida el envío periódico del cuadro de mandos, y se ha incluido a los cuadros de mandos de centros que se remiten a la dirección y gerencia del Sector.

Actualmente se encuentra incorporado con un proceso más de Control de Gestión y se remite a los profesionales de la especialidad así como a la dirección y gerencia del Sector Sanitario de Huesca. La base es un archivo Excel que refleja la actividad de forma mensual y agregada hasta el mes en curso haciendo una comparación con los mismos periodos del año anterior para poder ver la evolución.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El cuadro de mandos estuvo creado y con el 100% de indicadores que lo componen informados para diciembre de 2018. De hecho ya en funcionamiento en agosto de 2018 y remitido de forma periódica y puntual a todos los agentes involucrados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los cuadros de mandos necesitan la implicación de diversos actores para que sean útiles y cumplan con su finalidad. Deben ser revisados periódicamente, así como cada vez que los orígenes de los que dependen sufran alguna modificación. Este cuadro de mandos ha permitido comprobar información que no estaba registrando correctamente y sirve para que las personas responsables de capturar la actividad sepan la importancia y necesidad del trabajo que realizan, pues sin él, no puede haber información a analizar sobre funcionamiento, carga de trabajo, demoras, etc. En resumen del funcionamiento de una agenda, servicio, unidad o centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/686 ===== ***

Nº de registro: 0686

Título
CUADRO DE MANDOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR HUESCA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0686

1. TÍTULO

CUADRO DE MANDOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR HUESCA

MONTERO ALONSO GEMMA, GIRAL DEMUR MARIA MATILDE, PELEGRIN VALERO CARMELO, GARCIA CARRILLO MARIA TEODOSIA, PUYOL MASIAS MARIA AZUCENA, OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER, TORRALBA SUSIN MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La salud Mental en el Sector de Huesca se articula mediante la asistencia en distintos niveles y centros de asistencia. Actualmente, la visión que se tiene de la actividad asistencial de Salud Mental es en forma de silos, aislada por centro/nivel en el que se presta, por lo que se pierde la visión conjunta y transversal de la misma. La gestión de agendas de las Unidades de Salud Mental a través del Sistema de Información Hospitalaria precisa de un feedback a los profesionales para que sean conscientes de la importancia de no solo gestionar las agendas, sino también de capturar la actividad realizada.

RESULTADOS ESPERADOS

Con este proyecto se pretende crear un cuadro de mandos unificado de salud mental que ofrezca una visión global de la asistencia de salud mental del Sector de Huesca.

MÉTODO

Las acciones previstas son la creación de un cuadro de mandos asistencial de salud mental que incluya:

- Hospitalización
- o Agudos/Corta Estancia
- o Media Estancia
- o Larga Estancia
- o Psicogeriatría
- Actividad Ambulatoria
- o Consultas Externas Psiquiatría San Jorge
- o Consultas Externas Psicogeriatría Hospital Sagrado Corazón
- o Unidades de Salud Mental
- o Unidades Infanto-Juveniles
- o UASA
- Hospital de Día

Una vez el cuadro de mandos que se trabajará con los auxiliares administrativos que trabajan con los sistemas de información de cada uno de los centros y que se acuerda con el jefe de Psiquiatría del Sector de Huesca, será el cuadro de mandos que de forma mensual tenga disponible el Servicio de Psiquiatría, Dirección Médica y Gerencia del Sector.

INDICADORES

El cuadro de mandos estará creado y con el 100% de indicadores que lo compongan informados para diciembre de 2018.

DURACIÓN

La duración prevista es el año 2018. Se plantean los distintos hitos:

- abril -> Diseño del contenido del cuadro de mandos.
- mayo - agosto -> Establecer proceso de explotación de datos para alimentar el cuadro de mandos
- septiembre - octubre -> Pilotaje del cuadro de mandos.
- noviembre - diciembre -> El cuadro de mandos se pone a disposición de los agentes interesados y es la fuente única de información para proporcionar las estadísticas autonómica y estatal.

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 - 2018/0686

1. TÍTULO

CUADRO DE MANDOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR HUESCA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE MERCEDES BORREL RONCALES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CEBOLLERO MATA MARISA
CAMINO GUIU MARIA JESUS
MURILO FLOREZ ILDA MARIA
MARCO BETES VICTOR
MARCO AMIGOT JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- o Conseguir recursos materiales: Se ha dotado durante estos meses de:
 - ? Sala con el mobiliario necesario
 - ? Un nuevo ordenador. Se dispone de e-mail de la Unidad
 - ? Teléfono móvil con línea directa con WhatsApp
- o Elaborar una guía de acogida y de cuidados y recomendaciones. Se han diseñado ambas.
 - ? Guía de acogida. Elaborada.
 - ? Folleto de las recomendaciones y efectos adversos. Como soporte informativo se ha diseñado una plantilla base con el objetivo de ir introduciendo las diversas patologías que requieran un mayor conocimiento del paciente en su hemopatía y tratamiento y en el que una intervención precoz pueda evitar complicaciones
- o Crear registro de actividades asistenciales:
 - ? Elaborada base de datos inicio y seguimiento. Iniciado registro en enero 2019.
 - o Monitorización de adhesión al tratamiento. Se pospone el inicio para el 2019.
- o Programación y planificación de la gestión de agendas. La planificación se ha realizado, pero no se ha iniciado hasta contar con los recursos humanos necesarios.
- o Seguimiento de las Gammopatías Monoclonales. Realizado el protocolo.
- o Seguimiento de tiempos entre primeras visitas/diagnóstico. Se ha diseñado una base de datos en la que consta servicio o centro derivador, sospecha diagnóstica, prioridad y tiempo de respuesta. Iniciado registro en noviembre de 2018.
- o Coordinar las sesiones clínicas de diagnóstico y seguimiento de primeras visitas. Se fijan los 2º y 4º viernes como días de sesión entre los hematólogos y enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos esperados

- o Realización de:
 - ? Base de datos: Elaboradas
 - ? Guía de acogida: Elaborada
 - ? Cuidados y recomendaciones: Elaborada
- o Número de pacientes atendidos/número de pacientes oncohematológicos identificados: 38 pacientes atendidos, de los cuales un 68% corresponden a pacientes onco-hematológicos*.
- o Número de llamadas telefónicas atendidas**: 27 llamadas. El 82% han sido de pacientes oncohematológicos.*
- o Número de demoras en los tratamientos programados: 0. No se han constatado demoras en los tratamientos en Hospital de Día. Solo un paciente precisó ingresar al no disponer de cama en Hospital de Día *
- o Número de mantenimientos de catéteres realizados/número total de pacientes hematológicos portadores de catéteres: 0/2. No se han realizado porque no lo precisaron ya que uno realizaba el mantenimiento enfermería del Hospital de Día al finalizar el tratamiento y el otro por motivos logísticos por Centro de Salud (Jaca)*.

*Datos obtenidos de noviembre y diciembre.

**Solo se han contabilizado aquellas llamadas que han evitado una visita y las que han derivado en adelantos de cita e ingresos. También las de carácter más administrativo en las que se ha invertido al menos 15 minutos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han llevado a cabo una gran parte de las actividades planificadas para implementar la Consulta de Enfermería del paciente oncohematológico, pero han faltado más recursos humanos para desarrollarlo en su totalidad. El proyecto se espera completar durante el 2019.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

*** ===== Resumen del proyecto 2018/366 ===== ***

Nº de registro: 0366

Título
PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

Autores:
BORREL RONCALES MERCEDES, CEBOLLERO MATA MARISA, CAMINO GUIU MARIA JESUS, MURILLO FLOREZ ILDA, MARCO BETES VICTOR, MARCO AMIGOT JOSE JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El manejo del paciente hematológico es, en términos generales, complejo dentro de la atención sanitaria. La implementación de la Consulta de Enfermería de Hematología puede constituir una excelente oportunidad para ofrecer una atención integral a los pacientes.
El papel educacional y de apoyo del profesional de enfermería ayuda a transmitir a los pacientes los conocimientos necesarios, tanto de su enfermedad como del manejo de su tratamiento, promoviendo actividades encaminadas a una mayor seguridad y una implicación del paciente en su autocuidado.
El manejo de la mayoría de las patologías hematológicas precisa de un abordaje multidisciplinar que involucra a distintos niveles o servicios del sistema sanitario que puede ser complejo para el paciente. Disponer de una enfermera que sea su referente, coordine, planifique y oriente al paciente, favorecerá las necesidades asistenciales y mejorará la gestión de recursos.
La enfermera de Hematología, por otro lado, permitirá una optimización de los tiempos de diagnóstico en diferentes patologías: Mieloma Múltiple, GMSI, SMD,...

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención del paciente hematológico, en especial del oncohematológico.

Objetivos estratégicos:

- o Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de su enfermedad.
- o Reducir la morbilidad: asesorar para prevenir, detectar, controlar y disminuir los efectos secundarios del tratamiento.
- o Detectar problemas de tipo familiar o social que dificulten el plan terapéutico.
- o Ayudar al paciente/ familia a adaptarse a su nueva situación.
- o Familiarizar al paciente con el medio y circuito hospitalario: guía de acogida.
- o Ayudar al cumplimiento o adherencia al tratamiento.
- o Servir como referente y coordinador con el resto de profesionales sanitarios.
- o Favorecer la comunicación interprofesional del equipo de enfermería y coordinar y colaborar con el resto de profesionales, hematólogos, farmacéuticos, radiólogos, enfermeras del Hospital de Día, etc.
- o Disminuir el número de enfermos que acuden a la consulta médica de forma no programada y a las urgencias hospitalarias.
- o Reducir el tiempo de diagnóstico en los pacientes afectados de Gammopatías Monoclonales gracias a la elaboración e implementación de un protocolo con la colaboración del Laboratorio de Bioquímica.
- o Mantenimientos de catéteres de vía central.
- o Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

MÉTODO

- o Conseguir recursos materiales: dotación de mobiliario, ordenador, teléfono móvil de contacto
- o Elaborar una guía de acogida y de cuidados y recomendaciones
- o Crear un registro de las actividades asistenciales: elaborar una base de datos de inicio y seguimiento y otro sobre incidencias y acciones correctoras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

- o Monitorización de adhesión al tratamiento
- o Programación y planificación de la gestión de agendas
- o Seguimiento de las Gammapatías Monoclonales
- o Seguimiento de tiempos entre primeras visitas/diagnóstico
- o Coordinar las sesiones clínicas de diagnóstico y seguimiento de primeras visitas

INDICADORES

- o Realización de: base de datos, guía de acogida y folleto sobre cuidados y recomendaciones
- o número de pacientes atendidos/número de pacientes oncohematológicos identificados
- o número de llamadas telefónicas atendidas
- o número de demoras en los tratamientos programados
- o número de mantenimientos de catéteres realizados/número total de pacientes hematológicos portadores de catéteres

DURACIÓN

- o Cronograma:
abril y mayo: elaboración de guías, registros, planificación de agenda
junio: puesta en marcha de la consulta

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE MERCEDES BORREL RONCALES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CEBOLLERO MATA MARISA
CAMINO GUIU MARIA JESUS
MURILLO FLOREZ ILDA MARIA
MARCO BETES VICTOR
MARCO AMIGOT JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

o Conseguir recursos materiales: Se ha dotado durante estos meses de:
- Sala con el mobiliario necesario.
- Un nuevo ordenador. Se dispone de e-mail de la Unidad.
- Teléfono móvil con línea directa con WhatsApp.
o Elaborar una guía de acogida y de cuidados y recomendaciones. Se han diseñado ambas.
- Guía de acogida. Elaborada.
- Folleto de las recomendaciones y efectos adversos. Como soporte informativo se ha diseñado una plantilla base con el objetivo de ir introduciendo las diversas patologías que requieran un mayor conocimiento del paciente en su hemopatía y tratamiento y en el que una intervención precoz pueda evitar complicaciones.
o Crear registro de actividades asistenciales:
- Elaborada base de datos inicio y seguimiento. Iniciado registro en enero 2019.
o Monitorización de adhesión al tratamiento. Se pospone el inicio para el 2019.
o Programación y planificación de la gestión de agendas. La planificación se ha realizado, pero no se ha iniciado hasta contar con los recursos humanos necesarios.
o Seguimiento de las Gammapatías Monoclonales. Realizado el protocolo.
o Seguimiento de tiempos entre primeras visitas/diagnóstico. Se ha diseñado una base de datos en la que consta servicio o centro derivador, sospecha diagnóstica, prioridad y tiempo de respuesta. Iniciado registro en noviembre de 2018.
o Coordinar las sesiones clínicas de diagnóstico y seguimiento de primeras visitas. Se fijan los 2º y 4º viernes como días de sesión entre los hematólogos y enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

o Realización de:
- Base de datos: Elaboradas.
- Guía de acogida: Elaborada.
- Cuidados y recomendaciones: Elaborada.
o Número de pacientes atendidos/número de pacientes oncohematológicos identificados: 38 pacientes atendidos, de los cuales un 68% corresponden a pacientes onco-hematológicos*.
o Número de llamadas telefónicas atendidas**: 27 llamadas. El 82% han sido de pacientes oncohematológicos*.
o Número de demoras en los tratamientos programados: 0. No se han constatado demoras en los tratamientos en Hospital de Día. Solo un paciente precisó ingresar al no disponer de cama en Hospital de Día*.
o Número de mantenimientos de catéteres realizados/número total de pacientes hematológicos portadores de catéteres: 0/2. No se han realizado porque no lo precisaron ya que uno realizaba el mantenimiento enfermería del Hospital de Día al finalizar el tratamiento y el otro por motivos logísticos por Centro de Salud (Jaca)*.
*Datos obtenidos de noviembre y diciembre.
**Solo se han contabilizado aquellas llamadas que han evitado una visita y las que han derivado en adelantos de cita e ingresos. También las de carácter más administrativo en las que se ha invertido al menos 15 minutos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han llevado a cabo una gran parte de las actividades planificadas para implementar la Consulta de Enfermería del paciente oncohematológico, pero han faltado más recursos humanos para desarrollarlo en su totalidad. El proyecto se espera completar durante el 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/366 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

Nº de registro: 0366

Título
PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

Autores:
BORREL RONCALES MERCEDES, CEBOLLERO MATA MARISA, CAMINO GUIU MARIA JESUS, MURILLO FLOREZ ILDA, MARCO BETES VICTOR, MARCO AMIGOT JOSE JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El manejo del paciente hematológico es, en términos generales, complejo dentro de la atención sanitaria. La implementación de la Consulta de Enfermería de Hematología puede constituir una excelente oportunidad para ofrecer una atención integral a los pacientes. El papel educacional y de apoyo del profesional de enfermería ayuda a transmitir a los pacientes los conocimientos necesarios, tanto de su enfermedad como del manejo de su tratamiento, promoviendo actividades encaminadas a una mayor seguridad y una implicación del paciente en su autocuidado. El manejo de la mayoría de las patologías hematológicas precisa de un abordaje multidisciplinar que involucra a distintos niveles o servicios del sistema sanitario que puede ser complejo para el paciente. Disponer de una enfermera que sea su referente, coordine, planifique y oriente al paciente, favorecerá las necesidades asistenciales y mejorará la gestión de recursos. La enfermera de Hematología, por otro lado, permitirá una optimización de los tiempos de diagnóstico en diferentes patologías: Mieloma Múltiple, GMSI, SMD,...

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención del paciente hematológico, en especial del oncohematológico.

Objetivos estratégicos:
o Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de su enfermedad.
o Reducir la morbilidad: asesorar para prevenir, detectar, controlar y disminuir los efectos secundarios del tratamiento.
o Detectar problemas de tipo familiar o social que dificulten el plan terapéutico.
o Ayudar al paciente/ familia a adaptarse a su nueva situación.
o Familiarizar al paciente con el medio y circuito hospitalario: guía de acogida.
o Ayudar al cumplimiento o adherencia al tratamiento.
o Servir como referente y coordinador con el resto de profesionales sanitarios.
o Favorecer la comunicación interprofesional del equipo de enfermería y coordinar y colaborar con el resto de profesionales, hematólogos, farmacéuticos, radiólogos, enfermeras del Hospital de Día, etc.
o Disminuir el número de enfermos que acuden a la consulta médica de forma no programada y a las urgencias hospitalarias.
o Reducir el tiempo de diagnóstico en los pacientes afectados de Gammapatías Monoclonales gracias a la elaboración e implementación de un protocolo con la colaboración del Laboratorio de Bioquímica.
o Mantenimientos de catéteres de vía central.
o Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

MÉTODO
o Conseguir recursos materiales: dotación de mobiliario, ordenador, teléfono móvil de contacto
o Elaborar una guía de acogida y de cuidados y recomendaciones
o Crear un registro de las actividades asistenciales: elaborar una base de datos de inicio y seguimiento y otro sobre incidencias y acciones correctoras
o Monitorización de adhesión al tratamiento
o Programación y planificación de la gestión de agendas
o Seguimiento de las Gammapatías Monoclonales
o Seguimiento de tiempos entre primeras visitas/diagnóstico

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

1. TÍTULO

PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

- o Coordinar las sesiones clínicas de diagnóstico y seguimiento de primeras visitas

INDICADORES

- o Realización de: base de datos, guía de acogida y folleto sobre cuidados y recomendaciones
- o número de pacientes atendidos/número de pacientes oncohematológicos identificados
- o número de llamadas telefónicas atendidas
- o número de demoras en los tratamientos programados
- o número de mantenimientos de catéteres realizados/número total de pacientes hematológicos portadores de catéteres

DURACIÓN

- o Cronograma:
abril y mayo: elaboración de guías, registros, planificación de agenda
junio: puesta en marcha de la consulta

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1046

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA DESDE HOSPITALIZACION

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE LAURA LACALLE AICUA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ MORENO PABLO
BUISAN CASBAS GEMMA
PARDIÑAS BARON BEATRIZ
CAMINO GUIU MARIA JESUS
CEBOLLERO MATA MARISA
ALBA ESTEBAN PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar, hemos establecido un circuito intrahospitalario, para aquellos pacientes que tras haber iniciado un ACOD desde atención especializada, fueran remitidos a Hematología para recibir formación en anticoagulación y posteriormente realizar un seguimiento clínico y analítico.

Esta consulta se ha establecido en la primera planta del hospital San Jorge, junto a extracciones ("consulta de anticoagulación"), en la cual se atiende a los pacientes ambulatorios en el siguiente horario: De lunes a viernes de 12:00h a 14:15h*. Para ello hemos redactado una nueva hoja de consulta de canalización para el paciente anticoagulado, tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios.

En esta consulta, se ha iniciado el registro de pacientes anticoagulados con anticoagulantes de acción directa, y se ha cumplimentado por parte de enfermería las fichas de seguimiento para estos pacientes, que se han redactado para este propósito*.

En esta consulta, enfermería especializada en anticoagulación, ha otorgado la educación sanitaria a cada uno de los pacientes, y se les ha dado información por escrito sobre el fármaco que han iniciado*.

Tras esta primera valoración, se ha dado continuidad a la consulta, citando a los pacientes a los 3 meses, posteriormente a los 6 meses y al año, de cara a realizar el seguimiento clínico y analítico, el recomendado para pacientes con este tipo de tratamiento anticoagulante. Para ello hemos creado una nueva agenda de trabajo. Tras realizar estas visitas, si no hay ningún incidente daremos de alta al paciente y recomendaremos seguimiento por atención primaria.

* Material realizado para el desarrollo del proyecto.

- Nueva hoja de consulta para pacientes anticoagulados. En su reverso aparece el horario de atención al paciente.
- Ficha de seguimiento para pacientes anticoagulados con anticoagulantes de acción directa.
- Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Eliquis.
- Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Lixiana.
- Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Xarelto.
- Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Pradaxa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados que se exponen a continuación no son los que se indicaron expresamente como indicadores; esto se debe a que no ha transcurrido un año desde el inicio de la consulta, y además, nos encontramos pendientes de una actualización informática que nos permita obtener los datos estadísticos de forma fidedigna.

En total se ha atendido a un total de 50 pacientes:

Todos ellos (100%) han recibido educación sanitaria.

El 100% han realizado el seguimiento analítico y clínico, en los tiempos establecidos.

El 100% tienen una ficha de recogida de datos correctamente cumplimentada.

De ellos:

- 21 pacientes (43%) con Eliquis.

De estos pacientes, el 42% tomaban previamente sintrom y el 58% lo habían iniciado de novo.

El 63% fueron remitidos desde el S. de Neurología, el 35% del S. de Hematología y el 2% del S. de cardiología.

- 17 pacientes (35%) con Xarelto:

De estos pacientes, el 72% tomaban previamente sintrom y el 28% lo han iniciado de novo.

El 1% fueron remitidos desde el S. de Neurología, el 59% del S. de Hematología y el 39% del S. de cardiología y 1% del S. de Medicina Interna.

- 7 pacientes (14%) con Pradaxa:

De estos pacientes, el 71% tomaban previamente sintrom y el 29% lo han iniciado de novo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1046

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA DESDE HOSPITALIZACION

El 43% fueron remitidos desde el S. de Cardiología y el 57% del S. de Hematología.

- 5 pacientes (8%) con Lixiana:

De estos pacientes, el 80% tomaban previamente sintrom y el 20% lo han iniciado de novo.

El 20% fueron remitidos desde el S. de Cardiología, el 40% del S. de Hematología y el 40% del S. de Medicina Interna.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos este proyecto importante de cara a tener un control de los pacientes en tratamiento anticoagulante (tanto los AVK y los de acción directa), su adherencia al tratamiento y posibles efectos adversos.

Además, esto nos permitirá hacer un registro posterior de aquellos que han presentado complicaciones hemorrágicas y/o trombóticas, y así poder ofrecer al paciente una mejor asistencia sanitaria y seguridad clínica.

Dado que este proyecto es ambicioso y precisa un manejo multidisciplinar entre todos los servicios que tratan pacientes anticoagulados, consideramos que debemos prorrogarlo un año y darlo a conocer de forma más exhaustiva, para conseguir una base de datos más amplia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1046 ===== ***

Nº de registro: 1046

Título

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA DESDE HOSPITALIZACION

Autores:

LACALLE AICUA LAURA, SANCHEZ MORENO PABLO, CAMINO GUIU MARIA JESUS, CEBOLLERO MATA MARISA, PARDIÑAS BARON BEATRIZ, BUISAN CASBAS GEMA, FERNANDEZ RIVERO ELENA, ALBA ESTEBAN PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los nuevos anticoagulantes (Pradaxa, Edoxaban, Rivaroxaban y Apixaban) son en la actualidad fármacos de primera elección en muchas ocasiones en los pacientes con fibrilación auricular. Si bien no precisan controles de INR (como es preciso en los antivitamina K), sí precisan controles clínicos y analíticos.

Hemos detectado que estos fármacos se inician frecuentemente desde Atención especializada, y que estos pacientes no reciben la adecuada información sobre el fármaco prescrito y lo que conlleva estar anticoagulado.

Desde el S. de Hematología, queremos implantar un registro y realizar un seguimiento de estos pacientes de cara a asegurar cumplimiento terapéutico y control de posibles complicaciones, y además estar a disposición del resto de especialidades para cualquier duda en el manejo de los pacientes anticoagulados.

Por ello deseamos crear una consulta médica y de enfermería para todos estos pacientes que inician estos fármacos desde hospitalización. Además, contamos con la ventaja de disponer ya de una consulta de enfermería específica para los pacientes anticoagulados. Hasta el momento se ha remitido a los pacientes que inician dicumarínicos, para ajuste y seguimiento del tratamiento. Consideramos que esta consulta, con enfermería ya capacitada, es una oportunidad para dar formación a los pacientes sobre el anticoagulante de acción directa que están tomando y aumentar así la adherencia al tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Ser centro de referencia en anticoagulación en el Sector de Huesca.
2. Realizar un registro de todos los pacientes anticoagulados del sector de Huesca.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1046

1. TÍTULO

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA DESDE HOSPITALIZACION

3. Formar a los pacientes sobre las indicaciones, precauciones, complicaciones de la anticoagulación oral con ACODS y mejorar el cumplimiento terapéutico.
4. Realizar controles analíticos y clínicos de cara al ajuste de dosis de los ACODS.
5. Controlar eventos trombóticos y hemorrágicos en pacientes anticoagulados con ACODS.

MÉTODO

1. Establecer un circuito intrahospitalario y posteriormente con Atención primaria, para que aquellos pacientes que inician un ACOD desde atención especializada sean remitidos a Hematología para recibir formación en anticoagulación y realizar un seguimiento clínico y analítico.
2. Elaboración del registro de pacientes anticoagulados.
3. Cumplimentación de las fichas de pacientes y educación sanitaria por parte de enfermería.
4. Se realizará una primera visita a los pacientes en la consulta de enfermería de anticoagulación, los cuales se canalizarán a través de una hoja de consulta.
5. Esta consulta estará disponible todos los días de lunes a jueves de 12:30 h a 13:30 h y los viernes de 8:30h a 10:30h.
6. Tras esta primera valoración se citará a los pacientes en consultas externas de Hematología, previa extracción analítica.

INDICADORES

1. N° pacientes anticoagulados a los que se les ha realizado educación sanitaria / n° pacientes nuevos anticoagulados con anticoagulantes de acción directa.
2. N° pacientes con analítica anual realizada y valorada / n° pacientes anticoagulados nuevos con anticoagulantes de acción directa
3. N° de pacientes con ficha de recogida de datos correctamente cumplimentada / n° pacientes anticoagulados
4. N° de pacientes que ya estaban previamente anticoagulados con ACODS y se han introducido en el circuito y se les ha realizado educación sanitaria.

DURACIÓN

Mayo y Junio de 2018: informar y elaborar el circuito con el resto de especialidades y redactar la documentación necesaria (volante de canalización, material informativo para el paciente, hoja de notificación de complicaciones).
Inicio en Junio del 2018 consulta de primera visita.
Valoración anual de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1084

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ILDA MARIA MURILLO FLOREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARCO AMIGOT JOSE JAVIER
MARCO BETES VICTOR
LLIMIÑANA ORDAS CARMEN
BORREL RONCALES MERCEDES
MENENDEZ JANDULA BARBARA
SERRANO VICENTE MARIA CARMEN
BERGUA AMORES CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

*Se realizó una revisión de la bibliografía disponible sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes.
*Reuniones multidisciplinares (Hematología, Farmacia, Bioquímica y Nefrología) para discutir la información disponible y decidir la estrategia a adoptar.
*Elaboramos un protocolo de diagnóstico de Mieloma Múltiple y GMSI
*Enviamos el protocolo de diagnóstico de Mieloma Múltiple y GMSI a la Coordinadora de Calidad del sector para su aprobación, asignación de código y publicación en la intranet del Sector de Huesca.
*Diseñamos una hoja de acogida para pacientes con toda la información necesaria para la atención en el servicio de Hematología y en el Hospital de día oncológico, responsables de su elaboración Mercedes Borrel e Ilda Murillo.
*Enviamos la hoja de acogida de paciente a la Coordinadora de Calidad del sector para su aprobación, codificación y publicación en la intranet del Sector de Huesca.
*Iniciado diseño y escritura de protocolo de tratamiento y seguimiento de Mieloma Múltiple y GMSI, pendiente de finalizar.

Previsto presentación de los protocolos en sesión general del Hospital en marzo 28 de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Elaborado Protocolo clínico de Diagnóstico de Mieloma Múltiple y Gammopatias Monoclonales de Significado Incierto en el sector sanitario de Huesca y enviado a la Unidad de Calidad para su aprobación y publicación en la intranet del Sector.
-Elaborada hoja de acogida para pacientes con enfermedades hematológicas y enviada a Unidad de calidad para su aprobación y publicación en la intranet del Sector.
-En proceso de realización el Protocolo clínico de Tratamiento y seguimiento del mieloma múltiple y gammopatias monoclonales de significado incierto en el Sector Sanitario de Huesca, pendiente consensuar con Sº de Farmacia y de Nefrología, y enviarlo a Unidad de Calidad para su aprobación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Se ha logrado consensuar con los diferentes servicios involucrados en cada una de las fases de atención al paciente afecto de Mieloma Múltiple y gammapatía monoclonal de significado incierto, especialmente en cuanto al diagnóstico, hemos culminado el protocolo, quedando pendiente finalizar el protocolo de tratamiento y seguimiento.

-De otra parte hemos avanzado en el fortalecimiento del papel de la Enfermera de Hematología en la atención integral a pacientes con MM, el cual consideramos fundamental como eje organizador de todos los procesos a los que se enfrenta el paciente.

-Finalmente queremos resaltar que este proyecto es largo y complejo, consideramos que precisa por lo menos dos años para su ejecución, puesta en marcha y evaluación por lo tanto proponemos continuar en el año 2019 como parte II.

7. OBSERVACIONES.

Algunos miembros del equipo de mejora se modificaron producto de la movilidad por las oposiciones.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1084 ===== ***

Nº de registro: 1084

Título
PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1084

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Autores:

MURILLO FLOREZ ILDA, MARCO AMIGOT JOSE JAVIER, MARCO BETES VICTOR, LLIMIÑANA ORDAS CARMEN, BORREL RONCALES MERCEDES, MENENDEZ JANDULA BARBARA, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Mieloma Múltiple (MM) y las gammopatías monoclonales de significado incierto (GMSI), son hemopatías de baja frecuencia, muy heterogéneas y cuyo manejo es de gran complejidad; especialmente el manejo de los pacientes con un MM sintomático, patología incurable en el momento actual y que conlleva una morbilidad importante. En los últimos años ha habido grandes avances en el diagnóstico y tratamiento del MM; respecto al diagnóstico, el avance en las pruebas de imagen disponible para detectar afectación ósea o extramedular precisan una adecuada definición de su papel, y los avances en cuanto a las técnicas disponibles para medir la respuesta obtenida con el tratamiento (EMR). Respecto al tratamiento también hay novedades, básicamente por el desarrollo de nuevos fármacos, de tal forma que hoy día contamos con diferentes fármacos y combinaciones de estos que hace difícil la elección de uno u otro. Por todo lo anterior, consideramos muy importante contar con una guía de manejo de estos pacientes, que de un lado permita disminuir la variabilidad en la práctica clínica y de otro garantice una adecuada canalización de los esfuerzos que precisa su diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo fundamental es protocolizar, mediante una guía multidisciplinar, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes afectados de mieloma múltiple y gammapatía monoclonal de significado incierto. En primer lugar, se pretende facilitar la realización de todas las pruebas necesarias para el correcto diagnóstico de los pacientes con sospecha de gammapatía monoclonal, centralizado en un profesional de enfermería responsable de coordinar la realización de dichas pruebas; estos pacientes pueden llegar al servicio de Hematología derivados desde otras especialidades (Medicina Interna, Traumatología, Nefrología, Reumatología, etc), desde Atención Primaria o desde el laboratorio de Bioquímica, por un sistema de captación precoz bien, porque se detecte un proteinograma alterado, unos niveles de proteínas totales séricas elevadas o un descenso global de inmunoglobulinas. En segundo lugar, pretendemos definir claramente los protocolos de tratamiento a emplear en primera línea, de acuerdo con la edad, comorbilidades y estado general del paciente que permite definir si es candidato o no a consolidación con trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos; y los protocolos a utilizar en líneas posteriores, durante las recaídas, de tal manera que se estandarice la práctica clínica para el manejo de estos pacientes. Finalmente, dado que en esta patología las recaídas son frecuentes y los tratamientos conllevan una serie de posibles efectos secundarios, pretendemos definir la estrategia de seguimiento más adecuada que permita tanto una detección precoz de la recaída como de las complicaciones relacionadas con los tratamientos.

MÉTODO

-Documentación: revisión de la bibliografía disponible sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes.
-Reuniones multidisciplinarias (Hematología, Farmacia, Bioquímica) para discutir la información disponible y decidir la estrategia a adoptar.
-Definir procesos para valoración de pacientes que precisen soporte de otras especialidades (Nefrología, Traumatología, Unidad del Dolor, etc)
-Consensuar, dentro de las opciones de tratamiento disponible, los protocolos que se utilizaran en cada caso para el manejo de esta patología.

INDICADORES

-Elaboración de la guía de Mieloma Múltiple y GMSI:
Indicador: Elaborada SI o NO.
-Elaboración de hoja de acogida para pacientes con diagnóstico de gammapatía monoclonal y/o mieloma múltiple:
Indicador: Elaborada SI o NO.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1084

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

DURACIÓN

- Mayo a Julio de 2018: documentación en relación con diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes afectados de MM y GMSI.
- Septiembre a Octubre 2018: Reuniones de consenso.
- Noviembre a Diciembre 2018: 1. Elaboración de la guía y presentación ante comité correspondiente para su aprobación y publicación en la intranet del sector de Huesca. 2. Diseño de hoja de acogida para pacientes con toda la información necesaria para su atención en el servicio de Hematología y en el Hospital de día oncológico.
- Diciembre de 2018: 1. Presentación de la guía a todo el personal, tanto personal técnico de laboratorio, de enfermería y facultativos) de los servicios implicados en su elaboración (Hematología, Bioquímica y Farmacia). 2. Difusión de la guía y hoja de acogida entre pacientes afectados de mieloma múltiple o gammapatía monoclonal.

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 - 2018/0089

1. TÍTULO

MANEJO DE SEDOANALGESIA Y AGITACION EN UCI 2018

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE LORENZO LABARTA MONZON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ GONZALEZ DANIEL
LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA
BUESA ESCAR ANA MARTA
GIL ALOS ANA
CERRO JUNCOSA ANA
LAIRLA OLIVAN MARTA
REULA ARASANZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se constituyó el Equipo de Mejora y posteriormente en el mes siguiente se desarrolló el Programa de Mejora, con la formación del personal (médicos y enfermeras) de las distintas escalas de sedoanalgesia y agitación para su monitorización a través de sesiones de formación (3 sesiones) y su registro a través de la plataforma informática de registro y monitorización de los pacientes de la UCI (programa METAVISION implantado desde 2016).

Se instruyó al personal para saber realizar las escalas, conocer los niveles con rango adecuado y a través de un algoritmo que permite la autonomía por parte de enfermería (ya contrastada su eficacia, por nuestra práctica desde 2011) valorar aumentar o disminuir la titulación de las bombas de sedación o administrar tratamiento anti-álgico y detectar precozmente un estado de agitación.

Las escalas de sedación utilizada fue la escala RASS, la escala de dolor (EVA y ESCID) y la escala de agitación fue la escala CAM-UCI (homologadas por la Guía de Sedoanalgesia del grupo de trabajo de Sedación -analgesia y agitación de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)).

Para facilitar la valoración de escalas, se distribuyó un díptico con las diferentes escalas y se introdujo dichas escalas en el programa informático de Metavisión.

Se incluyó a pacientes con necesidad de sedoanalgesia mayor de 24 horas y se compararon dos grupos, según el periodo pre-instrucción (grupo control, también llamado periodo A) o post- instrucción (grupo intervención o periodo B).

El periodo de recogida del periodo A fue del 15 de enero al 14 de abril de 2018; y el periodo de recogida del grupo B fue del 15 de mayo al 14 de agosto de 2018.

Se realizó una recogida de datos con las variables: edad, sexo, gravedad con escala APACHE II, tipo de ingreso médico o quirúrgico, necesidad y tiempo de ventilación mecánica, escalas RASS, EVA, ESCID, CAM-UCI, medicación en UCI, estancia en UCI, presencia de agitación, mortalidad y eventos (retirada de dispositivos no deseados o lesiones).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Basándonos en los datos del proyecto SEDAN UCI del año 2013 (Proyecto nacional realizando un corte de prevalencia del manejo de sedoanalgesia en las Unidades de Cuidados Intensivos de España) en el que se objetivó un déficit en el manejo de sedoanalgesia a nivel nacional en los siguientes aspectos:

- UCIs con protocolo de sedación de un 57%.
- con autonomía en el manejo farmacológico de sedación por parte de enfermería de un 57%.
- cumplimentación de registros con escalas de sedación de un 70%, de escala de dolor de un 44% y de escala de delirio de un 10%.

Por todo ello nuestros objetivos fueron conocer nuestros indicadores y verificar la mejoría de sus valores con la implementación de este proyecto de mejora (comparando el periodo B con el periodo A).

Los objetivos fueron:

- Registro de incidencia de agitación en UCI.
- Porcentaje de cumplimentación diaria de la escala RASS y escalas EVA/ESCID.
- Disminución del grado de dolor tras tratamiento.
- Disminución de la incidencia de agitación.
- Evaluar parámetros de morbimortalidad en ambos grupos (estancia UCI y mortalidad).

Se recogieron los datos de 138 pacientes (79 del grupo A y 59 del grupo B), siendo los datos siguientes:

-Ambos grupos fueron homogéneos con respecto a sexo masculino (grupo A 69% vs grupo B 60%), edad (70 vs 69 años), nivel gravedad APACHE II (18 vs 19), tipo de ingreso quirúrgico (59 vs 58 %) y necesidad de ventilación mecánica (45 vs 42%).

Con respecto a los objetivos alcanzados e indicadores:

- 1-La incidencia global de agitación fue del 23%.
- 2-La cumplimentación diaria de la escala RASS fue 70% en el grupo A y del 82% en el grupo B; y de la escala del dolor EVA/ESCID fue 73% en el grupo A y 84% en el grupo B.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0089

1. TÍTULO

MANEJO DE SEDOANALGESIA Y AGITACION EN UCI 2018

La cumplimentación de la escala de agitación con la escala CAM-UCI fue del 34% en el grupo A y del 62% en el grupo B.
3- El porcentaje de pacientes con menor dolor tras tratamiento (EVA o ESCID menor de 4) fue mayor en el grupo B (40%) que en el grupo A (33%).
4- Menor porcentaje de agitación en el grupo B (21%) comparado con el grupo A (25%).
5- La incidencia de estancia en UCI y mortalidad, hubo una tendencia menor (pero no significativa) en el grupo B (estancia 11 días y mortalidad 21%) con respecto al grupo A (estancia 12 días y mortalidad 25%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como fortalezas del estudio:

- Se consolida la implantación de un protocolo de sedoanalgesia guiado por enfermería siendo seguro y eficaz.
- Nivel alto de monitorización de analgesia y dolor (mayor del 80% como indican las guías del Grupo de Trabajo de sedoanalgesia de la SEMICYUC).
- Mejor control del dolor de los pacientes (mayor porcentaje de pacientes con bajo nivel de dolor con EVA/ESCID menor de 4).
- Se ha desarrollado e implementado la escala de agitación CAM-UCI en un 62%.
- Se constata con un indicador medible, la alta prevalencia de pacientes que presentan agitación (23%) en los pacientes con sedoanalgesia superior a 24 horas.
- La presencia de la aplicación informática dentro de la Metavisión, ayuda al personal a cumplimentar las escalas y estar alerta ante la prevalencia de agitación.

Como debilidades del estudio:

- El paso del tiempo puede jugar un papel de disminución en la cumplimentación de las escalas.
- El tratamiento de la agitación debería ser plurifocal (preventivo, psicológico, medidas no físicas y farmacológico).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/89 ===== ***

Nº de registro: 0089

Título
MANEJO DE SEDOANALGESIA Y AGITACION EN UCI 2018

Autores:
LABARTA MONZON LORENZO, MARTINEZ GONZALEZ DANIEL, LACOSTENA PEREZ M EUGENIA, BUESA ESCAR ANA MARTA, LOPEZ CLAVER JUAN CARLOS, LANDER AZCONA ARANCHA, ESCOS ORTA JESUS, CABALLERO NUÑEZ SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION: En la mayoría de pacientes ingresado en UCI es necesaria la administración de sedantes y analgésicos para tratar la ansiedad que genera la situación de enfermedad grave, para disminuir la sensación de disnea, conseguir la adaptación a ventilación mecánica, controlar la agitación, disminuir el dolor y poder realizar las técnicas invasivas que requieren los enfermos.
Por ello las distintas Sociedades abogan por la monitorización de la sedación, dolor y agitación. Los expertos aconsejan la monitorización por escalas completas que no sólo incluyan la valoración de la sedación (ejemplo RAMSAY), sino que incluyan apartados como la sedación, el dolor y el delirio. Por eso aconsejan escalas de sedoanalgesia y agitación como serían las escalas de sedación-agitación: Riker Sedation-Agitation Scale (SAS) o Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), las escalas para el dolor como son la EVN, EVA y ESCID, y las escalas para valorar la agitación como serían la Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) o la Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0089

1. TÍTULO

MANEJO DE SEDOANALGESIA Y AGITACION EN UCI 2018

- 1-Registro de incidencia de agitación en UCI
- 2-Cumplimentación de medida RASS diaria, escalas de dolor
- 3.- Disminución del grado de dolor tras tratamiento (grupo control e intervención)
- 4.- Disminución de la incidencia agitación
5. Evaluar parametros de morbimortalidad en ambos grupos (estancia UCI, mortalidad, calidad de vida)

MÉTODO

-Inicialmente se constituirá el Equipo de Mejora
-Posteriormente se desarrollará el Programa de Mejora con la formación del personal de las distintas escalas de sedoanalgesia y agitación
-Se incluirán todos pacientes de UCI con estancia mayor de 24 horas.
-Se tomarán los registros de sedación con la escala de RASS, escala de dolor (EVA o ESCID) y el registro de agitación con la escala de CAM-UCI.
La sedoanalgesia se seguirá realizando en los dos grupos, según el algoritmo de la UCI para control del dolor y la sedación.
El grupo de Mejora de Calidad, realizará una hoja de recogidas de datos (edad, sexo, antecedentes, tratamientos, tipo de ingreso, mediación en UCI, escalas de gravedad, escala sedación, escala dolor, escala agitación, presencia de agitación, tipo de agitación, estancia en UCI, Ventilacion Mecánica, mortalidad, etc). Se firmará un compromiso de confidencialidad en la recogida de datos y con la conformidad del Jefe de Servicio o Director. Finalmente se analizarán los datos obtenidos y se realizará un analisis estadístico para estimar la significación de las medidas realizadas.

INDICADORES

- 1-% de pacientes agitados/total pacientes > 24 horas.
- 2- 80% de mediciones cumplimentadas
- 3-% de pacientes con valor de EVA o ESCID <4 en ambos grupos. (menor en el grupo intervención)
- 4-% de episodios agitación en ambos grupos (menor en el grupo intervención)
- 5-Media de días de estancia en UCI, % de mortalidad, valor en la escala de calidad de vida SF36

DURACIÓN

- Fecha de inicio: 15 de Enero 2018 - Final 15 Agosto 2018
- 1.- Formación en las escalas RASS.
 - 2-Reunion en Enero-Febrero del Grupo de Mejora de Calidad para estimar el cumplimiento del registro de escalas.
 - 3.-Reunión en Marzo para plasmar y concretar el algoritmo definitivo para control del dolor y profilaxis de agitación.
 - 4.-Implementación del algoritmo en el programa Informatico Metavisión (antes del 14 de Junio de 2017.
 - 5.- Implementación el 15 de Junio del algoritmo en los pacientes de UCI
 - 6.- De forma progresiva rellenar las hojas de recogidas de datos de los pacientes y a partir del 15 de Agosto de 2017 analizar los datos de forma analítica para obtener conclusiones y evaluar la obtencion de los objetivos deseados

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 - 2018/0108

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 17/01/2019

2. RESPONSABLE ANA CERRO JUNCOSA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAIRLA OLIVAN MARTA
MENDOZA MURO GEMMA
SOBREVIÀ SOBREVIÀ MARIA JOSE
MONTAÑANA GUZMAN ISABEL
BARA LERA MATILDE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Búsqueda Bibliográfica de Enero a Marzo de 2018.No existen check list tipo para revisión de Boxes de UCI, se encuentran varios de diferentes hospitales que no podemos adoptar dado que la infraestructura de nuestra UCI no nos lo permite.
- Diseño de un Check list propio de Abril a Septiembre.
- Consenso sobre el material mínimo que debe contener un Box al ingreso del paciente (se decide un stock tipo para que todos los boxes queden acondicionados con el mismo material).
- Reparto de actividades a realizar por TCAE y por DUE en la reposición y revisión del Box.
- Se decide creación de 2 check list; El primero a rellenar al alta del paciente, tras la limpieza y reposición del mismo, por la TCAE. El segundo a rellenar previo al ingreso del nuevo paciente por el DUE responsable del ingreso, con las actividades que en el check list se especifican.
- Se decide la colocación de la herramienta a cumplimentar en la carpeta de cada BOX en formato papel (fotocopias del check list)
- Durante el mes de Diciembre se forma al personal del servicio implicado para su posterior implementación durante el mes de Enero del año en curso
- Definición de los métodos de evaluación de la herramienta y los criterios de resultado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Formación del 100% del personal de la unidad en la cumplimentación del check list.
- A lo largo del mes de Diciembre se ha formado al personal de la unidad, estando formados el 100% de los implicados en su uso.
- Desarrollo del proyecto: creación de la herramienta de trabajo y definición de los criterios de evaluación. Se implementa el Check list en la unidad durante el mes de Enero y haremos valoraciones periódicas de los resultados durante este año 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al no disponer de una herramienta de recogida de datos ni un Stock claro del contenido del Box, nos ha llevado más tiempo del pensado su creación, tras su implementación valoraremos si la herramienta nos proporciona una rutina de trabajo que aumente la seguridad clínica y si la herramienta es capaz de aumentar la seguridad del profesional de que todo está correcto cuando reciba al paciente.

Métodos de evaluación:

El grupo de trabajo realizará mensualmente una revisión de los datos recogidos y un control in situ un de la veracidad de los mismos.

Resultados:

- 1.-Porcentaje de realización del check list Post-alta y pre-ingreso.
- 2.-Porcentaje de cumplimiento de las medidas del Check List .
- 3.-Se realizaran rondas de seguridad mensuales para evaluar el adecuado cumplimiento.

7. OBSERVACIONES.

ADJUNTO MODELO CHECK LIST:

NUMERO DE BOX (RODEAR) : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD AL INGRESO EN UCI

PREPARACIÓN DEL BOX AL ALTA Y PREVIA AL INGRESO DEL NUEVO PACIENTE

FECHA: TCAE RESPONSABLE DEL ALTA:

Actividades de la auxiliar (Al Alta)

SI

NO

Revisar el estado de limpieza del box, cama hecha y y colchon antiescaras inflado *

Reponer el material de la bandeja: 3 botes de clorhexidina y 1 de alcohol, 4 SF de 10 cc, 2 paquetes de gasas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0108

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

y 1 de compresas esteriles, 1 termometro digital, 1 bote de colonia, 1 peine, 1 bote de crema hidratante y 1 bote de corpitol

Soporte de bombas a ambos lados correctamente enchufado y mínimo con 2 bombas a cada lado, 2 de ellas de jeringa

Aspirador de secreciones correctamente montado y conectado a toma de vacio, gusano en el soporte superior en su bolsa y sondas de 2 tamaños en su cubículo

4 botes de sueros de vertido rápido

3 guantes estériles de cada talla (6,5 - 7 - 7,5 - 8)

Toma de oxígeno con flujómetro correctamente conectada a toma de O2, humidificador estéril en su bolsa

Ambú esterilizado con alargadera y filtro en la parte superior del box

1 paquete de electrodos en el lateral del monitor

Existencia de manguito de la tensión, electrodos y pulsioxímetro

Fonendoscopio

*En caso de disponer de más boxes libres y ante el desconocimiento del siguiente ingreso se intentara tener a disposición cama con colchón antiescaras y cama con viscolastica si es posible

FECHA: DUE RESPONSABLE DEL INGRESO:

Actividades de la Enfermera (Previas al ingreso)

SI

NO

Encender el monitor y comprobar el límite de alarmas

Encender el respirador, comprobar su montaje correcto y que ha sido chequeado. Conectarlo a pulmón de prueba

Verificar que las bombas de perfusión se encuentran enchufadas y cargan

Verificar la existencia de ambú

Verificar el funcionamiento del aspirador de secreciones y montaje del gusano si se precisa

Verificar el correcto funcionamiento de la toma de Oxígeno y montar el humidificador

Suero fisiológico purgado y conectado a conexión bilumen y llave de 3 pasos

Si el paciente viene intubado: venda de gasa, compresa, gasas y vaselina para sujeción adecuada del TOT

Preparación de medicación urgente previsible si el ingreso lo precisa**

** SI - cuando sí lo precisa, NO - cuando no lo precisa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0108

1. TÍTULO

DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

*** ===== Resumen del proyecto 2018/108 ===== ***

Nº de registro: 0108

Título
DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

Autores:
CERRO JUNCOSA ANA, LAIRLA OLIVAN MARTA, MENDOZA MURO GEMMA, SOBREVIA SOBREVIA MARIA JOSE, MONTAÑANA GUZMAN ISABEL, BARA LERA MATILDE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La preocupación por la seguridad del paciente es un aspecto prioritario en la política de calidad de los sistemas sanitarios.
La seguridad del paciente además de ser una prioridad en la asistencia sanitaria, es un derecho reconocido a nivel mundial.
Es preciso que cada Box de UCI este dotado del material necesario para la atención del paciente crítico en el momento de su ingreso, para ello el Box debe ser preparado cada vez que se da un alta.
Consideramos importante la creación de un check list para verificar la correcta disposición de los recursos materiales del habitáculo

RESULTADOS ESPERADOS
1. Dar la más rápida y eficiente atención en el momento del ingreso de un paciente en nuestra unidad
2. Organizar el trabajo en equipo a la hora de adecuar el Box tras el alta de un paciente facilitando el ritmo de trabajo.
3. Mejorar el rendimiento asistencial debido a la necesidad permanente de atención, a la complejidad de los enfermos críticos y al gran número de personal sanitario que trabaja en estas unidades
4. Establecer cauces de comunicación adecuados entre todo el personal sanitario implicado.

MÉTODO
? Crear un check list con el material necesario de cada Box para tras cada alta dejarlo adecuado para su nuevo uso
? Implementar su uso en nuestra unidad poniendo en conocimiento la existencia y el uso del mismo entre el personal implicado

INDICADORES
? Valoración anual de hojas de registro y su mejora según las necesidades del servicio
? Evaluación de la cumplimentación de la herramienta de trabajo por parte del personal implicado

DURACIÓN
Actividad continuada en el tiempo con valoración anual de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 29/12/2017

2. RESPONSABLE MARIA AUXILIADORA MARTINEZ PANZANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MADROÑERO VUELTA ANA BELEN
BELLOC BARBASTRO BLANCA
VIÑUALES PALOMAR CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Entrega de la Guía de Práctica Clínica sobre terapia intravenosa con dispositivos no permanentes en adultos a los miembros del equipo para su lectura y estudio
Estudio previo en las especialidades de MI y DIG de la complicación flebitis 2ª a CVP
Reunión de los miembros del equipo donde
- se revisan los puntos de la guía de práctica clínica
-se presentan los resultados de los controles previos a la implementación del proyecto
-se procede a la elaboración de un listado de medicamentos de uso habitual que puedan ser causantes de flebitis química.
-se revisa la presentación protocolo de manejo de catéter venoso central no permanente
- se planifica la realización de formación tanto al personal médico como de enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como es un proyecto en elaboración no ha sido posible la medición de los los resultados a través de los indicadores seleccionados:
- Existencia de la Guía de Práctica Clínica y accesibilidad de la misma en la unidad
Porcentaje de paciente con flebitis 2ª a CVP por servicio médico (MI y DIG)
Permanencia de CVP hasta la retirada por flebitis por servicio médico
Media del numero de vías periféricas por paciente durante el episodio por servido médico

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras el estudio de la Guía Clínica el equipo detecta la necesidad de realizar una valoración adecuada respecto a la elección del tipo de vía venosa según tratamiento, duración de la terapia y características del paciente

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/704 ===== ***

Nº de registro: 0704

Título
IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
MARTINEZ PANZANO MARIA AUXILIADORA, MARTINEZ GONZALEZ LAURA, MADROÑERO VUELTA ANA BELEN, NAVARRO PEREZ CLARA, VIÑUALES PALOMAR CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INGRESADOS QUE PRECISAN TERAPIA INTRAVENOSA
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0704

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA DE TERAPIA INTRAVENOSA CON DISPOSITIVOS NO PERMANENTES EN ADULTOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

PROBLEMA

En el año 2014 se implementó en nuestro hospital una iniciativa de mejora referida a la implementación de un protocolo de enfermería basado en la evidencia de cuidados del catéter intravenoso periférico, protocolo que sigue vigente y del que se siguen monitorizando indicadores. Pese a los buenos resultados objetivados a través de los indicadores monitorizados "a pie de cama" en diferentes muestreos (apósitos limpios, conexiones normalmente cerradas y buenos porcentajes de registro de las vías) destaca la incidencia de flebitis en pacientes pertenecientes a los servicios médicos de medicina interna y digestivo, presumiblemente son flebitis químicas debidas a los tratamientos cáusticos administrados por estos catéteres, a pacientes de edades elevadas con venas frágiles y/o a necesidades de terapia intravenosa más prolongada. Así en 2015 el 14,11% en M.I. y el 13,68% en DIG de los pacientes con Terapia intravenosa por vía periférica desarrolló al menos una flebitis 2ª a la misma. De igual forma en 2015 los pacientes que requerían algún tipo de terapia intravenosa y en los que se optó por la vía periférica precisaron de media para completar la administración de la misma 2,57 catéteres en MI y 2,16 en DIG.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar el proceso de terapia intravenosa por fases: antes de la canalización, en la canalización y en los cuidados de mantenimiento.
- Reducción de la complicación flebitis asociada a la cateterización/terapia por vía venosa periférica.
- Reducción del número de vías periféricas necesarias para completar la administración de fluidos y fármacos.

MÉTODO

Se realizarán reuniones con los profesionales designados responsables para elaborar una propuesta conjunta de actualización de los protocolos actuales basados en las últimas evidencias, Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en adultos.

Realización de un estudio previo en las especialidades de MI y DIG de la complicación flebitis 2ª a CVP documentadas en el 2016.

Presentación de las recomendaciones de la guía a todos los miembros de los equipos integrantes en este proyecto. Médicos de los servicios de Medicina Interna y Digestivo y Enfermeras de la 5ª planta. Seguimiento de los indicadores.

INDICADORES

Existencia de los protocolos actualizados en la unidad.

Existencia de la Guía de Práctica Clínica y accesibilidad de la misma.

Porcentaje de pacientes con flebitis 2ª a CVP por servicio médico (MI y DIG)

Permanencia de CVP hasta la retirada por flebitis por servicio médico (MI y DIG)

Media del número de vías periféricas por paciente durante el episodio por servicio médico (MI y DIG)

Se obtendrán a través de la realización de una consulta en el programa Gacela (los cuatro últimos indicadores).

DURACIÓN

Octubre 2016: Realización de estudio previo sobre el estado actual. Medición de indicadores.

Octubre de 2016: Reunión con los profesionales responsables para analizar la Guía de Práctica Clínica. Elaboración de conclusiones y propuesta de difusión de las mismas.

Noviembre-Diciembre 2016: Presentación de las Recomendaciones a los equipos.

Febrero-Marzo 2017: Reunión de seguimiento con los miembros del equipo: análisis de la implementación, dificultades.

Mayo-Junio de 2017: Evaluación de los indicadores acumulados 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0174

1. TÍTULO

ESTIMACION Y MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL PELAY CACHO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR
CALVO BEGUERIA EVA MARIA
MADROÑERO VUELTA ANA BELEN
OMISTE SANVICENTE TERESA
MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO
CAMIÑA CEBALLOS MARIA IGNACIA
SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han valorado 87 pacientes con patología autoinmune de la consulta de Medicina Interna - Enfermedades Autoinmunes del Hospital San Jorge de Huesca atendidos durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2018.

Se confeccionó previamente una ficha que recoge: diagnóstico de la enfermedad autoinmune, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (ECV) precoz, antecedentes personales, hábitos tóxicos, actividad física, datos antropométricos (perímetro de cintura e IMC), datos bioquímicos (perfil lipídico, glucémico, función renal y cociente albúmina/creatinina en orina) y cifras de tensión arterial.

En cada enfermo se ha valorado la presencia o no de Síndrome Metabólico según los criterios del National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III (ATP III) y se ha estratificado el riesgo cardiovascular (RCV) mediante SCORE.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 87 enfermos valorados en consulta se ha estimado el RCV y la presencia de síndrome metabólico en 86. La edad media ha sido 61,44 años, 66 eran mujeres y 20 hombres. Tenían antecedentes familiares de ECV precoz el 20,93%.

- Fumadores: 25,58%.
- Hábito enéxico actual 2,32%.
- Sedentarismo: 34,88%.
- Sobrepeso: 34,88% y obesidad: 27,90%.
- LDL >115 mg/dl, 44,18% LDL >130 mg/dl 32,25%. CHDL < de 40 mg/dl en varones y de 50 mg/dl en mujeres: 25,58%.
- Triglicéridos >150 mg/dl: 13,9%.
- Glucemia >100 mg/dl: 37,20%.
- Presión arterial elevada >de 130/85: 55,81%.

Indicadores:

1- "Número de enfermos con enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EAS) atendidos en consultas de Enfermedades Autoinmunes a los que se realiza estudio de FRCV (estándar: 80)". N=86 de 87 (98,85%).

2- "Número de pacientes con EAS atendidos en consultas de enfermedades Autoinmunes en los que se calcula el RCV mediante SCORE (estándar: 80)". N= 86 de 87 (98,85%).

3- "Porcentaje de pacientes con EAS que presenta síndrome metabólico". 32,55% con síndrome metabólico según los criterios ATP III.

4- "Comparación en porcentaje de RCV (bajo/moderado/alto/muy alto) en cada uno de los subgrupos de EAS." Los pacientes valorados en consultas:

- o 27,9% tenían Lupus Eritematoso Sistémico, de ellos el 16,67% presentaban síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 50% tenían riesgo bajo, el 33,33% riesgo moderado y el 9,09% riesgo alto.
- o 20,93% tenían Vasculitis, de ellos el 44,44% presentaban Síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 22,22% tenían riesgo bajo, el 66,66% riesgo moderado y el 11,11% riesgo alto.
- o 9,30% tenían Síndrome Antifosfolípido, de ellos el 25% presentaban síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 50% tenían riesgo bajo, el 25% riesgo moderado y el 25% riesgo alto.
- o 9,30% tenían Síndrome Sjögren, de ellos el 25% presentaban síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 75% tenían riesgo bajo y el 25% riesgo moderado.
- o 4,65% tenían Esclerodermia, ninguno presentaba síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 50% tenían riesgo bajo y el 50% riesgo moderado.
- o 4,65% tenían Miopatías Inflamatorias, ninguno presentaba síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 50% tenían riesgo bajo y el 50% riesgo moderado.
- o 23,25% tenían otras Enfermedades Autoinmunes (Sarcoidosis, glomerulonefritis..) de ellos el 70% presentaba síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 50% tenían riesgo bajo, el 30% riesgo moderado, el 10% riesgo alto y el 10% riesgo muy alto.

5- "Número de pacientes en los que se modifica el tratamiento farmacológico y/o estilo de vida.". Una vez valorados los FRCV, el RCV y el síndrome metabólico se recomienda medidas higiénico-dietéticas a 52 pacientes y cambios en el tratamiento farmacológico de los FRCV a 20 enfermos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0174

1. TÍTULO

ESTIMACION Y MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas tienen mayor riesgo de tener enfermedades cardiovasculares; esto se debe tanto al desarrollo de arteriosclerosis precoz y acelerada como a la elevada comorbilidad y prevalencia de factores de riesgo cardiovascular así como a la propia inflamación crónica. También el tratamiento con corticoides, inmunosupresores o AINE, fármacos muy utilizados para el control de estas enfermedades, puede provocar elevación de la glucemia y/o presión arterial o empeorar una hipertensión arterial ya existente. En este grupo de pacientes observamos una alta prevalencia de FRCV, especialmente sobrepeso, hipertensión, tabaquismo y dislipemia; también se aprecia una elevada prevalencia de síndrome metabólico. Todo ello implica un aumento del RCV global, ya de por sí alto en los enfermos con enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Tras calcular el RCV mediante SCORE ha sido preciso recomendar medidas higiénico dietéticas a un 60,46% de los enfermos y modificar el tratamiento farmacológico previo de sus FRV a un 23,25%. Estos datos nos deben hacer reflexionar acerca de la importancia de incluir en nuestra práctica clínica habitual la valoración de los FRCV y la estimación del RCV mediante las escalas existentes, para tratar de mejorar el RCV en estos enfermos y disminuir su morbimortalidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/174 ===== ***

Nº de registro: 0174

Título

ESTIMACION Y MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Autores:

PELAY CACHO RAQUEL, GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR, CALVO BEGUERIA EVA MARIA, MADROÑERO VUELTA ANA BELEN, OMISTE SANVICENTE TERESA, MALLÉN DIAZ DE TERAN MARIO, CAMIÑA CEBALLOS MARIA IGNACIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades Autoinmunes Sistémicas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) tienen mayor riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares (ECV). Esto se debe tanto al desarrollo de arteriosclerosis precoz y acelerada como a la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y a la propia inflamación crónica. También el tratamiento con corticoides, inmunosupresores o AINES, fármacos muy utilizados para el control de esta enfermedades, puede provocar elevación de presión arterial (PA) o empeorar una HTA esencial ya existente. Las enfermedades más analizadas a este respecto en estudios epidemiológicos han sido el lupus eritematoso sistémico (LES) y la artritis reumatoide (AR). Los pacientes con LES tienen mayor riesgo que la población general de presentar infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca, accidentes cerebrales vasculares y mortalidad por ECV. Los FRCV tradicionales que se asocian con un mayor riesgo de ECV en estos pacientes son HTA, edad avanzada, dislipemia, tabaquismo, sexo masculino y elevación de proteína C reactiva (PCR). También se postulan como factores predictores de ECV una mayor actividad de la enfermedad y la utilización de azatioprina y corticoides. Por otro lado la prevalencia de síndrome metabólico en pacientes con LES alcanza un 38% en estudios epidemiológicos internacionales. Por ello el control de los FRCV en los pacientes afectos de EAS se considera fundamental para tratar de mejorar su RCV y debe ser una práctica habitual en su manejo.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0174

1. TÍTULO

ESTIMACION Y MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

1. Estudiar los FRCV en los pacientes atendidos en las consultas de Enfermedades Autoinmunes del Hospital San Jorge de Huesca, así como estratificar su RCV mediante SCORE.
2. Determinar el porcentaje de enfermos con EAS que presentan síndrome metabólico.
3. Analizar los distintos FRCV y el RCV global en cada una de las EAS valoradas en consultas (LES, síndrome antifosfolípido, esclerodermia, Sjogren, miopatías inflamatorias y vasculitis).
4. Tratar de optimizar el tratamiento de dichos FRCV tanto con medidas higiénico dietéticas como farmacológicas.

MÉTODO

Se realizará una evaluación de los pacientes con EAS de forma ambulatoria que incluirá:

- Historia clínica: incluyendo antecedentes familiares de primer grado de ECV precoz, antecedentes personales, hábitos tóxicos, estilo de vida y tratamientos.
- Exploración física: medida de PA según el consenso de la ESH/ESC; parámetros antropométricos (peso, talla, IMC, perímetro de cintura)
- Análisis sanguíneo: bioquímica que incluya función renal, filtrado glomerular (FG), ionograma, ácido úrico, glucosa basal (y HbA1c en su caso), perfil lipídico (colesterol total, fracciones HDL y LDL, triglicéridos).
- Análisis de orina: albuminuria

Se calculará el RCV mediante escala SCORE. Se excluirán de dicho cálculo los pacientes con ECV establecida.

En función del perfil de riesgo de cada paciente se indicarán las medidas terapéuticas o profilácticas que se estimen oportunas de cara a reducir el RCV.

INDICADORES

- Número de enfermos con EAS atendidos en consultas de Enfermedades Autoinmunes a los que se realiza estudio de FRCV (estándar: 80%)
- Número de pacientes con EAS atendidos en consultas de Enfermedades Autoinmunes en los que se calcula el RCV mediante SCORE (estándar: 80%)
- Porcentaje de pacientes con EAS que presenta síndrome metabólico.
- Comparación en porcentaje de RCV (bajo/moderado/alto/muy alto) en cada uno de los subgrupos de EAS.
- Número de pacientes en los que se modifica el tratamiento farmacológico y/o estilo de vida.

DURACIÓN

Se trata de un estudio prospectivo que se llevará a cabo en la consulta de Enfermedades Autoinmunes durante el segundo semestre del 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0424

1. TÍTULO

DETECCION MEDIANTE MAPA DE HIPERTENSION ENMASCARADA EN ADULTOS JOVENES VIH CON RIESGOCARDIOVASCULAR LEVE

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR GONZALEZ GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OMISTE SANVICENTE TERESA
PELAY CACHO RAQUEL
JIMENO GRIÑO CARMEN
EGIDO MURCIANO MIGUEL
MARTINEZ HUGUET CLAUDIA
PEREZ LORENZ JUAN BLAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha calculado el riesgo cardiovascular (RCV) mediante SCORE de los enfermos infectados por VIH atendidos en Consulta de Infecciosos de Hospital San Jorge de Huesca (n=160). Se han seleccionado los menores de 45 años con RCV bajo (n=25). Hemos confeccionado una ficha que recoge: antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (ECV) precoz, antecedentes personales, hábitos tóxicos, datos antropométricos y bioquímicos (perfil lipídico, glucémico, función renal). Tras contacto telefónico hemos conseguido valorar a 18 pacientes. A cada uno de ellos se les ha colocado un aparato de monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA) de 24 horas para valorar el comportamiento de la presión a lo largo del día y la noche, además de cumplimentar la ficha. Los 7 pacientes restantes no han podido ser valorados por cambio de vivienda, imposibilidad de venir al hospital por comorbilidad o no acudir a la cita.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Edad media de la muestra: 42,2 años; 12 hombres y 6 mujeres. Antecedentes familiares ECV precoz: 11,11%. Fumadores: 77,77%. Hábito enólico: 44,44%. Sedentarismo: 66,66%. Sobrepeso: 66,66% y obesidad: 11,11%. cLDL >115 mg/dl: 66,66% (44,44% cLDL >130 mg/dl). cHDL bajo (menor de 40 mg/dl en varones y de 48 mg/dl en mujeres): 33,33%. Triglicéridos >150 mg/dl: 55,55%. Glucemia >100 mg/dl: 22,22%. Presión elevada en MAPA 22,22% de los sujetos.

Indicadores:

- "Número de pacientes VIH atendidos en Consulta de Infecciosos a los que se les calcula el RCV mediante SCORE" (Estándar 80%). N= 160 de 174 (91,9%)
 - "Número de enfermos VIH con RCV leve a los que se realiza MAPA" (Estándar 80%). N= 18 de 25 (72%). Encontramos dificultades en cumplir el estándar al ser una población con un considerable porcentaje de baja adherencia, siendo frecuente la falta de asistencia a las visitas programadas.
 - "Porcentaje de pacientes VIH en los que el MAPA muestra un patrón patológico de presión arterial". 66,6% (44,44% patrón dipper extreme, 11,1% patrón riser y 11,11% patrón no dipper). El 33,3% de los pacientes tienen patrón dipper (normal).
- Hemos reevaluado exhaustivamente a los sujetos con patrón desfavorable o anormal de presión arterial en MAPA, insistiendo en el control del resto de FRCV.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En esta muestra observamos una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, especialmente sobrepeso, tabaquismo y dislipemia, lo que sin duda va a repercutir en el riesgo global, ya aumentado en pacientes VIH. Existe también una elevada prevalencia (66,6%) de patrón anormal de presión arterial en MAPA (no dipper, dipper extreme y riser), lo que también implica un aumento del riesgo, conllevando la necesidad de intensificar las medidas de prevención cardiovascular. El estudio con MAPA en estos pacientes jóvenes con riesgo cardiovascular bajo podría ser útil para mejorar su estratificación al detectar patrones desfavorables de presión arterial. La detección de dichos patrones debería conllevar una intensificación en las medidas higiénico- dietéticas y en el control del resto de FRCV.

7. OBSERVACIONES.

Durante el desarrollo de este proyecto ha sido de destacar la dificultad para poder valorar a estos sujetos, especialmente por su poca disponibilidad para acudir al hospital y la falta de asistencia a las visitas programadas.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/424 ===== ***

Nº de registro: 0424

Título
DETECCION MEDIANTE MAPA DE HIPERTENSION ENMASCARADA EN ADULTOS JOVENES VIH CON RIESGO CARDIOVASCULAR LEVE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0424

1. TÍTULO

DETECCION MEDIANTE MAPA DE HIPERTENSION ENMASCARADA EN ADULTOS JOVENES VIH CON RIESGOCARDIOVASCULAR LEVE

Autores:

GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR, OMISTE SANVICENTE TERESA, PELAY CACHO RAQUEL, JIMENO GRIÑO CARMEN, EGIDO MURCIANO MIGUEL, MARTINEZ HUGUET CLAUDIA, PEREZ LORENZ JUAN BLAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes con infección por el VIH tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) que la población general y los eventos cardiovasculares con frecuencia se presentan en edades más tempranas. La identificación de los pacientes con elevado RCV es esencial para la adopción de medidas preventivas y debería formar parte de la evaluación clínica habitual de los sujetos infectados por el VIH. Las estrategias para disminuir el RCV incluyen el control de la replicación del virus y la identificación y control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales FRCV, generando gran impacto sobre la mortalidad cardiovascular.

La medida de presión arterial (PA) mediante MAPA es un predictor más sensible del riesgo de eventos cardiovasculares que la medida de PA en consulta. Los patrones de descenso de PA en MAPA más relacionados con eventos cardiovasculares son el patrón non dipper y el extreme dipper. Por ello la MAPA es especialmente útil cuando existe una discordancia entre la PA en consulta y ambulatoria, de cara a evaluar su comportamiento a lo largo del día y su variabilidad. Existen datos procedentes de la literatura que encuentran una elevada prevalencia de patrón non dipper entre los sujetos infectados por VIH.

El estudio con MAPA en los pacientes jóvenes infectados por VIH con RCV leve podría mejorar su estratificación, detectando patrones de PA que impliquen un mayor riesgo. Esto ayudaría a intensificar las medidas profilácticas y terapéuticas pertinentes.

RESULTADOS ESPERADOS

- Estratificar el RCV de los enfermos VIH atendidos en la Consulta de Infecciosos del Hospital San Jorge de Huesca
- Valorar la realización de MAPA en los pacientes VIH menores de 40 años con RCV leve
- Identificar a los sujetos con patrón de MAPA que implique un mayor RCV para poder optimizar su prevención y tratamiento
- Mejorar el diagnóstico de HTA en los enfermos VIH: HTA enmascarada, fenómeno de bata blanca, HTA lábil

MÉTODO

Se realizará una evaluación de los pacientes VIH atendidos en la Consulta de Infecciosos del Hospital San Jorge de Huesca que incluirá:

- Historia clínica: antecedentes familiares de primer grado con ECV precoz, antecedentes personales, hábitos tóxicos, estilo de vida y tratamientos.
 - Exploración física incluyendo medida de PA según consenso de ESH/ESC (Sociedad Europea de Hipertensión/ Sociedad Europea de Cardiología), parámetros antropométricos (peso, talla, IMC, perímetro de cintura).
 - Análisis sanguíneo; bioquímica que incluya función renal, filtrado glomerular (FG), ionograma, ácido úrico, glucosa basal (y HbA1C en su caso), perfil lipídico (colesterol total, fracciones HDL y LDL, triglicéridos).
 - Cálculo del RCV mediante escala SCORE a todos los pacientes de la Consulta de Infecciosos. Se excluirán de dicho cálculo los sujetos con ECV establecida.
 - Estudio de MAPA a los sujetos menores de 45 años con RCV leve.
- Se revisará a los pacientes en consulta ambulatoria.

INDICADORES

- Número de pacientes VIH atendidos en Consulta de Infecciosos del Hospital San Jorge a los que se les calcula el RCV mediante SCORE (estándar: 80%).
- Número de enfermos VIH con RCV leve calculado mediante SCORE a los que se les realiza MAPA (estándar 80%).
- Porcentaje de pacientes VIH en los que el MAPA muestra un patrón non dipper.
- Porcentaje de pacientes VIH en los que el MAPA muestra un patrón extreme dipper.

DURACIÓN

Se trata de un estudio prospectivo que se llevará a cabo en la Consulta de Infecciosos durante el segundo semestre de 2018 y primer semestre de 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0424

1. TÍTULO

DETECCION MEDIANTE MAPA DE HIPERTENSION ENMASCARADA EN ADULTOS JOVENES VIH CON RIESGOCARDIOVASCULAR LEVE

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 - 2018/0579

1. TÍTULO

MANEJO AMBULATORIO (DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO) DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE MARIO MALLÉN DIAZ DE TERAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALVO BEGUERÍA EVA MARIA
MARQUINA MARTINEZ DIANA
LACALLE AICUA LAURA
PEREZ CLAVIJO GRETHEL
INGLES ZAMORA CRISTIAN
CARMONA ESCRIBANO MARIA DEL VALLE
JIMENO GRIÑO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de un protocolo para el manejo de la TVP y TVS en los enfermos atendidos en Urgencias del Hospital San Jorge y Hospital de Jaca, con 5 reuniones entre los componentes del programa, pertenecientes a los Servicios de Radiología, Hematología, Cirugía vascular, Urgencias y Medicina Interna. Tras unificación del coordinador de Urgencias del HSJ y Hospital de Jaca, se extiende el programa al Hospital de Jaca. Se han realizado 2 sesiones de divulgación del programa.

-Procedimiento para la Gestión de citas de Eco-Doppler venosa para la detección de Trombosis venosa profunda (Servicio de Admisión y Documentación clínica / Proceso de Gestión de citas en consultas externas), de los pacientes atendidos en los Servicios de Urgencias y que entren en el protocolo de TVP para tratamiento ambulatorio, con citación preferente en Servicio de Radiología para realización de Eco-Doppler venoso y consulta específica de Medicina Interna (agenda MITROM, consulta 15)

- Se ha creado agenda en Radiología con hueco a las 11h, para realizar Eco-Doppler venosa a los pacientes incluidos en el programa, los lunes, martes, jueves y viernes.

- Se ha creado nueva agenda específica (MITROM) en Consulta de Medicina Interna, que se atiende en la consulta nº 15 los lunes y los jueves a partir de las 13h, para nuevos diagnósticos y revisiones, con realización de historia clínica completa, exploración física, valoración de TVP provocada o no provocada

- Derivación desde consulta de M. Interna, al Servicio de Hematología para inicio y control de tratamiento anticoagulante oral tras tratamiento con HBPM previo.

-Derivación desde consulta de M. Interna al Servicio de Hematología tras finalización del tratamiento, de los pacientes con criterios para la realización de estudio de Trombofilia

-Derivación desde consulta de M. Interna a Cirugía vascular de los pacientes con síndrome post-flebitico o con TVS, para valoración

- Despistaje en consulta de M. Interna, de neoplasia oculta en pacientes con TVP no provocada que cumplan los criterios para dicho estudio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras una fase inicial, hasta la realización del protocolo de derivación y asignación de consulta de Medicina Interna con agenda específica (MITROM), se inició la implantación del protocolo el 1 de Octubre.

Del 1 de Octubre de 2018 al 18-2-2019 se han atendido dentro del programa a 35 pacientes con sospecha de TVP, que cumplían los criterios para el manejo ambulatorio, todos ellos con informe de Urgencias en el que se indicaba el diagnóstico e inicio del tratamiento con HBPM.

Los 35 pacientes cumplían todos los ítems de indicación de tratamiento domiciliario de TVP en check list.

No fue preciso en ninguno de los casos la realización de nuevos análisis de control previo a la consulta de M. Interna (MITROM)

En la totalidad de los casos se realizó el estudio de Eco-Doppler antes de 72 h desde el diagnóstico de TVP en Urgencias.

Todos los enfermos fueron citados en Consulta de M. Interna (MITROM) el lunes o jueves siguiente a la realización de Eco-Doppler venoso, intentando juntar las dos citas el mismo día siempre que ha sido posible, en especial en los que residían fuera de la ciudad de Huesca

Ningún paciente fue excluido del programa de tratamiento ambulatorio por negativa del mismo al tratamiento domiciliario.

Durante el mismo periodo de tiempo, se han atendido 10 segundas consultas para revisiones, resultados de pruebas realizadas o suspensión de tratamiento una vez finalizado el tiempo de la indicación de terapia anticoagulante.

En 2 de los pacientes se suspendió en la primera visita en M Interna, la anticoagulación con HBPM, al no confirmarse con Eco-Doppler la clínica de TVP

El número de pacientes que han sido ingresados de Octubre a Diciembre (solo está codificado hasta Diciembre) por no cumplir los criterios del protocolo han sido de 3 en Medicina Interna por TEP asociado y 2 en Cirugía vascular por isquemia crónica y aneurisma .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La dificultad del proyecto podría estar en la instauración del mismo, al estar implicados diferentes Servicios (Cirugía Vascular, Hematología, Radiología, Urgencias, Medicina Interna y Servicios administrativos),

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0579

1. TÍTULO

MANEJO AMBULATORIO (DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO) DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

consecuencia de lo cual ha sido el retraso de la implantación hasta el mes de Octubre. Uno de los problemas ha sido conseguir una consulta específica (nº15) durante 2 días a la semana (Lunes y Jueves a las 13h). También hubo una inicial reticencia en alguno de los médicos de Urgencias a la instauración del programa ya que era una patología que siempre había ingresado en Cirugía Vasculat. Posteriormente tras divulgación del Programa y viendo que el realizar tratamiento ambulatorio es la manera mayoritaria en el resto de Hospitales, ha sido asumido por completo. Teniendo en cuenta que siguiendo la actuación previa a la instauración del Programa, estos pacientes ingresaban en el Servicio de Cirugía vascular una media entre 24 y 72h (según si el ingreso era el fin de semana), entendemos que la actuación del programa es coste-efectiva. Más aún cuando dicha Unidad en el Hospital San Jorge ha estado en los últimos años con plazas de facultativos sin cubrir, ante la escasez de especialistas y con gran carga asistencial. Dados los resultados, entendemos que este proyecto aporta una mejora en la calidad de la atención al paciente, que puede realizar tratamiento domiciliario. Además tiene un coste económico bajo, y aún es más rentable teniendo en cuenta los costes de los ingresos no realizados. Otro punto a favor del programa es que la participación del internista le aporta un plus en el diagnóstico de las neoplasias ocultas asociadas a TVP. El tener la consulta desubicada, sin personal de enfermería asignado, y en alguna ocasión dicha consulta ha estado ocupada en el horario asignado por Neurología o por Medicina Preventiva, es otro inconveniente encontrado. Ante el desarrollo de la Medicina Interna en nuestro Hospital y crecimiento de las áreas en que estamos implicados, el tener una sola consulta (nº29) resulta totalmente insuficiente; dotar al Servicio de una segunda consulta contigua, que podría ser atendida a la vez por el mismo personal de enfermería solucionaría la situación, que reiteradamente se ha solicitado. El Programa de mejora de la calidad para la atención integral durante el proceso desde consultas externas al paciente con TVP y TVS, evitando ingreso hospitalario está instaurado desde el 1 de Octubre 2019 y entendemos que dados sus resultados debe tener continuidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/579 ===== ***

Nº de registro: 0579

Título
MANEJO AMBULATORIO (DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO) DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

Autores:
MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO, CALVO BEGUERIA EVA MARIA, MARQUINA MARTINEZ DIANA, LACALLE AICUA LAURA, PEREZ CLAVIJO GRETEHEL, INGLES ZAMORA CRISTIAN, CARMONA ESCRIBANO MARIA DEL VALLE, GIMENO GRIÑO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad tromboembólica venosa (ETEVE), que incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP) es un problema de salud pública importante. Según los datos del Registro informatizado RIETE, en España la incidencia anual de ETEVE es de 0.16 por 1000 personas. Los resultados de ensayos clínicos en los que se compara el tratamiento ambulatorio con HBPM con el tratamiento hospitalario con heparina no fraccionada intravenosa en la fase aguda de la TVP aislada demuestran incidencias similares de hemorragia y recidiva tromboembólica. Evitando al paciente la morbimortalidad y riesgo de infecciones que conlleva el ingreso hospitalario. Por otro lado, el TEP es una enfermedad potencialmente grave, siendo responsable de un 4-10% de todos los fallecimientos hospitalarios. Es por ello, muy importante realizar protocolos consensuados para la correcta sospecha de ETEVE en urgencias que garanticen el diagnóstico y tratamiento adecuado de los pacientes con sospecha de ETEVE a fin de evitar morbimortalidad y asegurar el correcto seguimiento de estos pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0579

1. TÍTULO

MANEJO AMBULATORIO (DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO) DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

RESULTADOS ESPERADOS

- ? Realizar un protocolo de derivación a consultas externas de pacientes con ETEV, excluyendo a los pacientes de alto riesgo que requieran ingreso.
- ? Difusión de dicho protocolo entre los servicios implicados
- ? Realizar protocolos de seguimiento ambulatorio coordinados desde Medicina Interna que incluyan valoración por los servicios de Cirugía Vasculosa y Hematología. Que deriven en lo posible en un diagnóstico etiológico.

MÉTODO

- Se aplicará a todos los enfermos atendidos y diagnosticados de TVP en el servicio de Urgencias del Hospital San Jorge. Incluirá
- Historia clínica completa incluyendo: antecedentes personales (sexo, edad, tabaquismo) y familiares de TVP, posibles causas precipitantes del proceso (inmovilizaciones, cirugía reciente, hospitalización previa, fracturas, tratamiento hormonal, embarazo, puerperio, proceso neoplásico activo, enfermedades autoinmunes...) exploración física completa (IMC).
 - Analítica: bioquímica (Incluido función renal con filtrado glomerular (FG) / y función hepática (GOT, GPT, LDH), hemograma, coagulación, INR, TTPA, D dímero. Valorar gasometría arterial si saturación <95 %.
 - ECG. RX tórax. Eco Doppler venosa (si fuera posible). -AngioTAC si sospecha tras valoración completa de embolia pulmonar asociada o TEP
- Se deberá aplicar la probabilidad clínica pre-test ante cualquier sospecha de ETEV con el índice Wells para TVP; <https://samiuc.es.calculadores-medicos>.
- Valoración en Consultas Externas de los pacientes identificados según el protocolo a desarrollar
 - Se iniciará tratamiento anticoagulante en el S. Urgencias. Según protocolo.

INDICADORES

- ? Realización del Protocolo
- ? Número de enfermos atendidos en el S de Urgencias con sospecha de TVP a los cuales se les haya derivado a consultas externas por cumplir los criterios de inclusión.
- ? Número de pacientes que han precisado ingreso por no cumplir los criterios de inclusión y/o cumplir criterios de exclusión

DURACIÓN

Se iniciarán las reuniones en Mayo de 2018, evaluándose en el primer trimestre 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 - 2018/0404

1. TÍTULO

ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS PARA GERMEN MULTIRRESISTENTE POR PCH EN LOS HOSPITALES DE SAN JORGE Y DE JACA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE SUSANA SALVATIERRA DOMPER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MATEOS FERNANDEZ-ARROYO NURIA
ARRAZOLA ALBERDI OIHANA
RODRIGUEZ ZAMORA MARIA JESUS
ARAZO RIVAS JANA
MORENO MEJIA ANA GRACIELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

EL 4/6/2018 COMENZÓ A APARECER LA ALERTA DE GERMEN MULTIRRESISTENTE EN EL PCH DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE SAN JORGE DE HUESCA.
LA ALERTA CONSISTE EN UN ICONO QUE APARECE EN LA PANTALLA DEL PCH CUANDO SE REALIZA EL TRIAJE DEL PACIENTE. DICHA ALERTA INDICA QUE HA TENIDO UN GERMEN MULTIRRESISTENTE EN UN CULTIVO EN EL ÚLTIMO AÑO, CON LO QUE EL PROFESIONAL PONDRÁ EN MARCHA EL PROTOCOLO EXISTENTE EN NUESTROS CENTROS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

DESDE EL 4/6/2018 HASTA EL 4/12/2018 ACUDIERON AL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA 96 PACIENTES CON ANTECEDENTES DE GERMEN MULTIRRESISTENTES EN EL ULTIMO AÑO, DE LOS CUALES, A 90 DE ELLOS, SE LES APLICARON LAS PRECAUCIONES SEGÚN PROTOCOLO, YA DESDE SU ENTRADA AL SERVICIO DE URGENCIAS.
NOS MARCAMOS COMO OBJETIVO, QUE EL 90% DE ESOS PACIENTES CON ALERTA EN EL PCH SE LES APLICARAN LAS MEDIDAS ADECUADAS SEGÚN EL PROTOCOLO VIGENTE EN NUESTROS CENTROS.
CON LOS REGISTROS UTILIZADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA, DICHO OBJETIVO HA TENIDO UN CUMPLIMIENTO DEL 93.75%, QUE CONSIDERAMOS MUY SATISFACTORIO.
EN CUANTO AL HOSPITAL DE JACA, EL PORCENTAJE OBTENIDO ES DEL 100%, PERO EL PERIODO DE ESTUDIO ES INFERIOR A LOS 6 MESES (7/8/2018 AL 4/12/2018), YA QUE NUESTRA UNIDAD NO TUVO ACCESO AL PCH DE DICHO HOSPITAL PARA PODER REALIZAR LA ACTUALIZACIÓN DIARIA HASTA ESA FECHA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CON LA INTRODUCCIÓN DEL ICONO DE GMR EN EL PCH DE NUESTROS HOSPITALES HEMOS CONSEGUIDO LA DETECCIÓN PRECOZ DE LOS PACIENTES LO QUE HA PERMITIDO QUE LOS PROFESIONALES APLIQUEN LAS PRECAUCIONES ADECUADAS TANTO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS COMO EN EL TRASLADO DEL MISMO A CUALQUIER UNIDAD O SERVICIO CENTRAL, PARA EVITAR LAS TRANSMISIONES CRUZADAS, PROTEGIENDO AL RESTO DE PACIENTES.
SE HA CONSEGUIDO TAMBIÉN UNA MAYOR IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES A LA HORA DE TRATAR A DICHS PACIENTES.
POR ÚLTIMO, NOS PARECERÍA INTERESANTE Y AYUDARÍA AL SERVICIO DE URGENCIAS, QUE LA ALERTA DEL PCH CONCRETARA EL TIPO DE GERMEN MULTIRRESISTENTE DEL QUE SE TRATA, CUANDO NO SEA SARM Y LA FECHA DEL ÚLTIMO RESULTADO POSITIVO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/404 ===== ***

Nº de registro: 0404

Título
ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS PARA GERMEN MULTIRRESISTENTE POR PCH EN LOS HOSPITALES DE SAN JORGE Y DE JACA

Autores:
SALVATIERRA DOMPER SUSANA, MATEOS FERNANDEZ-ARROYO NURIA, ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS, ARAZO RIVAS JANA, MORENO MEJIA ANA GRACIELA, ARRAZOLA ALBERDI OIHANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: TODO TIPO DE PATOLOGIAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0404

1. TÍTULO

ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS PARA GERMEN MULTIRRESISTENTE POR PCH EN LOS HOSPITALES DE SAN JORGE Y DE JACA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
ADQUIRIR UN GERMEN MULTIRRESISTENTE REPERCUTE EN LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE, EN LA MORBI-MORTALIDAD QUE OCASIONAN Y EN EL COSTE ECONÓMICO QUE ESTO SUPONE.
EN LA APARICIÓN Y DIFUSIÓN DE RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS INFLUYEN DOS FACTORES IMPORTANTES QUE SON: LAS MEDIDAS DE CONTROL DE COLONIZACIÓN/INFECCIÓN Y LA PRESIÓN SELECTIVA DE LOS ANTIMICROBIANOS. CON ESTE SISTEMA DE ALERTA PODEMOS MEJORAR EL CONTROL DE DICHS PACIENTES.

RESULTADOS ESPERADOS
DETECTAR Y AISLAR A LOS PACIENTES PORTADORES DE GMR EN EL ÚLTIMO AÑO CONSIGUIENDO UN MAYOR CONTROL DE LOS MISMOS DE FORMA PRECOZ Y FACILITANDO EL TRABAJO AL RESTO DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL

MÉTODO
CUANDO APAREZCA LA ALERTA, ÉSTA PUEDE APARECER COMO SARM U OTRO GMR Y ES ENTONCES CUANDO EL PROFESIONAL DEBE DE CONSENSUAR DICHA ALERTA CON EL PROTOCOLO DE GMR EXISTENTE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS.
SE ESTABLECERÁ UN CIRCUITO DE INFORMACIÓN ENTRE LOS TRES SERVICIOS IMPLICADOS: SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA, URGENCIAS Y LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA, SIENDO ÉSTA ÚLTIMA, LA ENCARGADA DE LA ACTUALIZACIÓN DE LA BASE DE DATOS.

INDICADORES
PORCENTAJE DE PACIENTES DETECTADOS CON ALERTA CON MEDIDAS ADECUADAS SEGÚN PROTOCOLO/ TOTAL DE PACIENTES CON ALERTA.
SE PRETENDE CONSEGUIR UN PORCENTAJE =90%

DURACIÓN
EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS E INTRODUCCIÓN DE MEDIDAS CORRECTORAS: 6 MESES

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0072

1. TÍTULO

MANUAL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS EN MICROBIOLOGIA. DIFUSION DEL DOCUMENTO Y MEJORA EN TOMA DE MUESTRAS CLINICAS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ANA ISABEL BETRAN ESCARTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TORRES SOPENA LUIS
BELLIDO RUIZ ROSARIO
ARCOS GALEOTE ANGELA
ALOS CORONAS ELENA
MAIRAL CLAVER PILAR
LUIS GRACIA ANA
LAGLERA BAILO LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

? El 15 de junio de 2018 se realiza reunión con Supervisoras y Coordinadoras de Enfermería del Hospital San Jorge y del Hospital Provincial para dar a conocer el Manual de Toma de Muestras; se invita a leerlo y plantear las dudas surgidas en la próxima reunión.

? El 28 de junio de 2018: se realiza reunión con Supervisoras de Enfermería para resolver dudas del Manual de Toma de Muestras.

? 21 noviembre 2018: reunión de Facultativos de Microbiología y Supervisoras de Enfermería del Hospital San Jorge y Hospital Provincial; se recogen por escrito las dudas/puntualizaciones sobre el Manual de Toma de Muestras. Desde el Servicio de Microbiología se plantea realizar un póster para colgar en Controles de Enfermería de las plantas de hospitalización donde figuren los contenedores, muestras y temperaturas de conservación de las principales muestras enviadas a Microbiología. Asimismo se presentan los datos de las incidencias relacionadas con la toma y envío de muestras de cada Servicio.

? Diciembre 2018-enero 2019: Recuento de las incidencias registradas en el Laboratorio sobre las muestras mal recogidas o transportadas recibidas en Microbiología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

? Se medirán el número de consultas realizadas al Laboratorio de Microbiología respecto a la toma, conservación y transporte de las muestras una vez publicado el manual en la intranet del Sector (<2% del total de muestras).

6 consultas/ 22416 total muestras=0.02%

? Se medirán el número de muestras inadecuadas recibidas en el Laboratorio de Microbiología tras la difusión del Manual de Toma de Muestras (<2% del total de muestras).

73 muestras inadecuadas/22416 =0.32%

? Se medirán el número de muestras mal transportadas recibidas en el Laboratorio de Microbiología tras la difusión del Manual de Toma de Muestras (<2% del total de muestras).

4 muestras mal transportadas/22416= 0.01%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad que desarrolla el Laboratorio de Microbiología está orientada esencialmente al diagnóstico microbiológico de las enfermedades infecciosas. Este diagnóstico depende de la calidad de la muestra clínica recibida en el Laboratorio; por ello las muestras mal recogidas, transportadas de forma inadecuada, o mal conservadas, pueden implicar errores diagnósticos y tratamientos inadecuados.

La existencia de un Manual de Toma de Muestras actualizado y al alcance del personal sanitario en la Intranet del Sector es esencial para que la actividad del Laboratorio de Microbiología se desarrolle de forma eficaz, eficiente y con criterios de calidad.

Creemos que las reuniones mantenidas durante este año, así como el feed back recibido del personal sanitario encargado de realizar y enviar las muestras al Laboratorio, contribuirán a mejorar este Manual, permitiendo que sea un documento activo y sobre todo útil para conseguir un correcto diagnóstico microbiológico y un adecuado tratamiento antibiótico de cada paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/72 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0072

1. TÍTULO

MANUAL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS EN MICROBIOLOGIA. DIFUSION DEL DOCUMENTO Y MEJORA EN TOMA DE MUESTRAS CLINICAS

Nº de registro: 0072

Título
MANUAL DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS

Autores:
MILAGRO BEAMONTE ANA, TORRES SOPENA LUIS, MAIRAL CLAVER PILAR, BELLIDO RUIZ ROSARIO, MATINELO BENITO LOURDES, NIETO CHUPS VIRGINIA, PEREZ SANCHEZ DIEGO, MARTINEZ LOPEZ CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: Todas la enfermedades sospecha infección
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Toda la información diagnóstica que el laboratorio de Microbiología puede proporcionar, depende de la calidad de la muestra recibida. Una toma mal realizada, mal transportada o conservada en condiciones inadecuadas, puede inducir a errores diagnósticos y tratamientos inadecuados.
En el Laboratorio de Microbiología se reciben habitualmente consultas en relación con el tipo de muestra más adecuado, de como realizar la toma o el contenedor o medio de transporte a utilizar.
Tanto del personal médico como el de enfermería de Atención Primaria y Especializada han manifestado la necesidad de la existencia de un Manual que dé respuesta a estas preguntas y sirva para consulta en el caso que fuera necesario

RESULTADOS ESPERADOS
Con este Manual se espera cubrir las necesidades que han manifestado tener el personal clínico, y disminuir las muestras inadecuadas o mal transportadas, que en muchos casos son irrepetibles debido a los tratamientos recibidos o la imposibilidad de volver a obtener la muestra

MÉTODO
Para la Realización del Manual, la Responsable de Calidad realizará una guía que será revisada por el Responsable Técnico, así como el resto de los componentes del equipo de mejora.
Tras revisión se solicitará la aprobación por parte de la Dirección del Laboratorio y posteriormente por la Dirección del Hospital.
Se solicitará difundir en intranet del sector para que esté accesible tanto para Atención Primaria como Especializada
Una vez esté accesible en intranet, se comunicará a Dirección de Atención Primaria para que lo informe a los Coordinadores de los diferentes Centros, y a Atención Especializada por un correo electrónico a los Jefes de Servicio/Sección. La supervisora enviará un correo al resto de supervisoras del Hospital y junto con y el personal técnico lo comunicarán en una de las actividades formativas que mantienen de forma regular

INDICADORES
Indicadores:
Realización del Manual
Número de consultas realizadas respecto a toma o transporte de muestras tras difusión del Manual en intranet < 2% del total de muestras
Número de muestras recibidas inadecuadas para la solicitud realizada tras difusión del Manual <2% del total de muestras
Número de muestras mal transportadas tras difusión del Manual <2% del total de muestras

DURACIÓN
La duración será de 1 año
Realización Manual: Marzo 2017
Revisión, aprobación y difusión en intranet Abril 2017
Comunicación a los Servicios: Mayo 2017
Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo 2017 a Septiembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0072

1. TÍTULO

MANUAL DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS EN MICROBIOLOGIA. DIFUSION DEL DOCUMENTO Y MEJORA EN TOMA DE MUESTRAS CLINICAS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE LUIS TORRES SOPENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR
EGIDO MURCIANO MIGUEL
ELDUQUE PALOMO AMADEO
LABARTA MONZON LORENZO
MEJIA ESCOLANO DAVID
OMISTE SANVICENTE TERESA
ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Seguimiento de pacientes con bacteriemia, durante el año, informando desde Microbiología los casos positivos e indicando y aconsejando el tratamiento antibiótico más adecuado en cada caso.
- Realización del mapa de resistencias del Sector de Huesca del año 2017
- Informe del consumo de antibióticos del Hospital San Jorge de Huesca durante el año 2017
- Realización de dos cursos de formación en PROA para FEA y MIR: fechas 17 de abril y 4 de diciembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Porcentaje de pacientes con bacteriemias atendidas por experto PROA: 99%. Se considera un resultado favorable =70%
- Tiempo de informe de bacteriemias, desde el resultado positivo hasta el informe al Grupo PROA: 100% inferior a 24 horas. El tiempo medio ha sido de una hora. Se considera un resultado favorable un tiempo inferior o igual a 24 horas en el 70% de las bacteriemias.
- Se han realizado dos sesiones formativas: una el 17 de abril de 2018 y otra el 4 de diciembre de 2018.
- Porcentaje de tratamientos empíricos adecuados global: este parámetro es difícil de valorar ya que, en algunas ocasiones, no figura el episodio inicial en las historias clínicas y puede crear confusión. Aun así, se ha valorado en los que los datos estaban disponibles y ha sido de un 52%, mayor del 50% propuesto.
- Mortalidad cruda a los 14 días: la mortalidad de los pacientes con bacteriemia ha sido del 14,7%
- La estancia media hospitalaria hasta el alta ha sido de 15 días, con una mediana de 10 días.
- Mapa de resistencias de 2017: realizado en mayo de 2018.
- Medición del consumo de antibióticos: está disponible en la intranet del Sector el consumo en DDD/100 estancias correspondiente a los años 2015, 2016 y 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es importante el trabajo en equipo y multidisciplinar. Desde la implantación del PROA en el Hospital se ha mejorado la asistencia a los pacientes con bacteriemia, realizándose un diagnóstico y tratamiento precoz y más dirigido. De la misma manera, en aquellos pacientes a los que se le dio el alta desde Urgencias, fueron localizados y monitorizados para valorar el tratamiento administrado y la necesidad o no de volver al hospital para evaluar la situación clínica. Todo ello ha supuesto una gran mejora asistencial. Por otro lado, se ha mejorado la prescripción antibiótica debido a la mayor concienciación del personal facultativo en el buen uso de antimicrobianos. Pero todo ello debe ser monitorizado a lo largo de estos años e ir corrigiendo aquellas situaciones con opciones de mejora, sobre todo las pautas de tratamiento que se pueden ir ajustando a las necesidades de cada paciente y evitar dosificaciones alargadas en el tiempo.

7. OBSERVACIONES.

El principal problema que tienen estos proyectos es la falta de tiempo destinado a la recogida de datos y seguimiento de pacientes. Esto es así por la falta de medios, sobre todo humanos, y la alta presión asistencial. Por ello, sería conveniente poder destinar más tiempo de personal para poder avanzar de una forma más rápida en la consecución de los objetivos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1718 ===== ***

Nº de registro: 1718

Título
PROYECTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:

TORRES SOPENA LUIS, AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR, EGIDO MURCIANO MIGUEL, OMISTE SANVICENTE TERESA, LABARTA MONON LORENZO, EL DUQUE PALOMO AMADEO, ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Implantación Programa de Optimización para uso de Antimicrobianos en el HSJ para el uso apropiado y racional de antimicrobianos, disminuir gasto farmacéutico y tasas de resistencias de los diferentes microorganismos

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar resultados clínicos
- Minimizar efectos adversos
- Mejorar pronóstico de pacientes
- Reducir resistencias bacterianas
- Preservar ecología hospitalaria
- Garantizar tratamientos coste-efectivos, reduciendo el coste sanitario
- Reducir estancias hospitalarias
- Generar conocimientos

MÉTODO

- Análisis de la situación en relación a medios, equipamientos, recursos, personal, guías de tratamiento antimicrobiano y formación.

- Analizar resistencias bacterianas
- Evaluar uso y consumo de antibióticos
- Evaluar idoneidad de tratamientos antibióticos
- Medición de parámetros anteriores
- Actuación en puntos débiles hallados
- Nueva evaluación para detectar las posibles mejoras tras las actuaciones

La comunicación de PROA se realizará mediante e-mail y reuniones semanales. Igualmente, las alertas microbiológicas se realizarán a través de whatsapp desde el Laboratorio de Microbiología a facultativos correspondientes. Los datos epidemiológicos se recogerán en un archivo que estará disponible en una carpeta común a la que todos los facultativos de PROA tendrán acceso. Esta carpeta estará en un servidor del HSJ. Los facultativos dispondrán de ordenadores y cuentas de correo, y disponibilidad en el servidor para colocar esa carpeta.

Se precisará espacio de reuniones, que tenga ordenador

- Informática
- Lugar de reuniones
- Personal
- Formación
- Whatsapp

Se precisará tiempo de facultativos para realizar las acciones previstas. Al ser las plantillas ajustadas se podría contratar algún FEA para conseguir los objetivos.

Formación, se prevén acciones:

- Presentación del programa a todas las unidades/servicios del HSJ
- Actualización de la guía para el tratamiento de las enfermedades infecciosas
- Actividades formativas individuales mediante la asesoría por parte de PROA
- Presentación de forma anual a los diferentes servicios/unidades de los resultados de los indicadores del

PROA

- Inclusión del programa PROA dentro del plan de formación MIR, previo acuerdo con la Comisión de Docencia
- Procedimiento normalizado para la inclusión/exclusión de antimicrobianos, que incluya el informe del PROA

INDICADORES

- Indicadores de uso de antimicrobianos: medición consumo global de antibióticos mediante:

- 1) Determinación de DDD/1000 estancias globales y por antimicrobiano del centro
- 2) Gasto directo de antimicrobianos. Evolución del uso de los antibióticos estratégicos: carbapenem; inhibidores de las betalactamasas y quinolonas, mediante la proporción que éstos antimicrobianos representan sobre el total. Informe global del centro y estratificado por servicio o unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

1. TÍTULO

PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

- Indicadores de resistencias bacterianas: Medición de las resistencias bacterianas, determinando los principales microorganismos multirresistentes del centro incluyendo Enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y/o carbapenemasas, Pseudomonas aeruginosa multirresistente, Acinetobacter baumannii multirresistente, Staphylococcus aureus resistente a la meticilina y Clostridium difficile. y a) calcular los % de resistencia a los principales antibióticos de cada uno de ellos; y b) la densidad de incidencia de los mismos (nº aislamientos en muestras clínicas/paciente/1000 estancias). Caracterización de mecanismos de resistencia
- Indicadores clínicos: Medición de mortalidad cruda a los 14 días de los pacientes con las cinco primeras causas de bacteriemia en el centro, excluyendo estafilococos coagulasa negativos. Evaluación de la calidad en la atención a los pacientes con bacteriemia por BMR, determinando los siguientes indicadores: a) % de estas bacteriemias atendido por el experto del PROA; b) tiempo desde el diagnóstico microbiológico hasta recomendación terapéutica por el experto del PROA; c) % de tratamientos empíricos adecuados global d) Mortalidad cruda a los 14 días y e) estancia hospitalaria hasta el alta.
- Indicadores de satisfacción: encuestas de satisfacción a los facultativos del HSJ

DURACIÓN

- Formación del PROA: 11-Mar-2016
- Presentación oficial: 20-Oct-2016, se determinaron facultativos y funciones a realizar, resistencias de los microorganismos más habituales, y el resultado de bacteriemias de pacientes procedentes de Urgencias, Medicina Interna y UCI
- Ene-2017: programar objetivos
- Ene-2017: diseño ficha recogida datos de bacteriemias (todos los servicios implicados)
- Feb-2017: finalización Guía de tratamiento antimicrobiano (todos los servicios implicados)
- Feb-2017: mapa de resistencias de 2016 (Microbiología)
- Feb-2017: consumo de antibióticos de 2016 (Farmacia)
- Jun-2017: exposición de resultados de resistencias, consumo de antimicrobianos e indicadores clínicos.
- Formación MIR: comienzo con año académico.
- Aviso desde Microbiología de bacteriemias: todo el año (Microbiología y servicios implicados).
- Ene-2018: evaluar indicadores (todos los servicios implicados)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0479

1. TÍTULO

INFORMES PRELIMINARES EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS MEDIANTE TINCION DE GRAM Y ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF)

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE JORGE ARRIBAS GARCIA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANGULO LOPEZ ITZIAR
PELAEZ MARTINEZ MARIA CONCEPCION
MALO PINTADO SUSANA
SERRANO HERNANDEZ MARIA TERESA
OSTA PEREZ MERCHE
GRACIA LOSILLA EVA
PINILLA MAINAR CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha implantado un nuevo procedimiento en el Laboratorio de Microbiología, mediante el cual se emiten informes preliminares en pacientes con Bacteriemias. Para ello, en primer lugar, desde el 1 de enero de este año, a partir de frasco de Hemocultivo positivo, se procede a informar su visión directa por tinción GRAM. En segundo lugar, a partir del 1 de marzo de este año, en aquellas muestras que el equipo de incubación de hemocultivos indica que son positivas antes de las 10 de la mañana, y que por lo tanto nos permite llevar a cabo el procedimiento necesario, se procede a la identificación precisa del microorganismo presente en dicho cultivo mediante la aplicación de la técnica MALDI-ToF. A partir de esta identificación se están realizando informes en un lapso de tiempo de 4-6horas respecto al emitido con la visión de gram. Con dichos informes los facultativos correspondientes adecuan el tratamiento antibiótico para que éste sea más dirigido. Para dejar registro de la actividad y poder explotar los indicadores, se está procediendo al registro de las horas a las que se realiza el primer y el segundo informe en el sistema informático del laboratorio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº hemocultivos con informe preliminar de visión de tinción GRAM /Total de hemocultivos positivos (desde 01/01/2018). Objetivo: >85%
Resultados alcanzados: 100%

Nº hemocultivos con informe preliminar de identificación por Maldi-ToF/Total de hemocultivos positivos (desde 01/03/2018). Objetivo: >50
Resultados alcanzados: 51,18%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El indicador referido al informe preliminar de la identificación ha sido algo por debajo de lo esperado pero sin embargo dentro del objetivo propuesto para este primer año de implantación.

Sobre un total de 297 hemocultivos positivos entre el 01/03/2019 y 31/12/2018, se ha podido efectuar una identificación preliminar en 152. De media se ha efectuado la identificación con una deficiencia de 3,6h +/- 0,8 respecto a la visión directa de tinción gram.

Esta identificación precoz ha permitido orientar la terapéutica antimicrobiana en todos los pacientes mencionados gracias a la colaboración con el Grupo PROA del Hospital San Jorge. Gracias a la metodología de trabajo de este grupo y el ágil flujo comunicativo, toda identificación precoz ha sido notificada al médico responsable de cada uno de los pacientes, ofreciendo asesoramiento a cerca de la conducta adoptar en aquellos casos en que dicho médico así lo solicitaba. A medio plazo podrán hacerse estudios epidemiológicos que muestren la efectividad de este procedimiento a la hora de prevenir la aparición de multirresistencias, gracias a la minimización de el uso de terapias empíricas con antibióticos de amplio espectro.

Por otro lado los 145 hemocultivos restantes no han podido identificarse de forma precoz principalmente debido a la ausencia de atención continuada en horario de tardes y festivos en el Laboratorio de Microbiología y Parasitología. Para poder llevar a cabo esta identificación, es necesaria una incubación previa del subcultivo realizado en medio sólido a partir del frasco positivo de hemocultivo de 4horas. Esto hace que aquellos hemocultivos positivos más tarde de las 10 de la mañana no puedan ser objeto de este procedimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/479 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0479

1. TÍTULO

INFORMES PRELIMINARES EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS MEDIANTE TINCION DE GRAM Y ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF)

Nº de registro: 0479

Título
INFORMES PRELIMINARES EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS MEDIANTE TINCION DE GRAM Y ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF)

Autores:
ARRIBAS GARCIA JORGE, ANGULO LOPEZ ITZIAR, PELAEZ MARTINEZ MARIA CONCEPCION, MALO PINTADO SUSANA, SERRANO HERNANDEZ MARIA TERESA, OSTA PEREZ MERCHE, GRACIA LOSILLA EVA, PINILLA MAINAR CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente se ha demostrado la importancia de la llamada medicina personalizada, basada en utilizar el fármaco adecuado para la persona indicada en el momento oportuno. En las enfermedades infecciosas, un diagnóstico ágil, acertado y un tratamiento apropiado son esenciales tanto para la curación del paciente como para disminuir su morbimortalidad. Hasta ahora los pacientes con Bacteriemias debían esperar entre 24/48h desde que el frasco de hemocultivo resultaba positivo hasta que se identificaba el germen causante, tiempo en ocasiones excesivo.

RESULTADOS ESPERADOS
Recientemente se ha implantado en el Hospital San Jorge un grupo de PROA mediante el que se pretende racionalizar y optimizar el uso de los antibióticos, adecuando su espectro y duración al patógeno así como al foco infeccioso. Desde el Laboratorio de Microbiología se lleva a cabo un apoyo constante a dicho grupo, tratando en todo momento de perfeccionar los métodos utilizados para identificar las etiologías de las enfermedades infecciosas. Entre otras cosas aspira cada día a agilizar los procesos, aspecto que condiciona la evolución clínica de los pacientes, su estancia hospitalaria así como la probabilidad de error en el tratamiento empírico. En el laboratorio de Microbiología, se incorporó la técnica de espectrometría (MALDI-ToF) el 1 de Marzo de 2018. Esta técnica proteómica, basada en el estudio y caracterización del conjunto de proteínas expresadas por un genoma microbiano, destaca por su rapidez y fiabilidad en la identificación de microorganismos, así como su bajo coste en reactivos. La implementación de esta técnica, junto con las técnicas de tinción a partir de Hemocultivos positivos, nos brinda la oportunidad de elaborar informes preliminares a los clínicos responsables de los pacientes afectados de patologías infecciosas. Estos informes ayudarán significativamente a una adecuada prescripción en la terapia antibiótica con todo lo que ello implica en cuanto a pronóstico y consumo de recursos sanitarios.

MÉTODO
Se va a implementar un nuevo procedimiento en el Laboratorio de Microbiología, mediante el cual se emitirán informes preliminares en pacientes con Bacteriemias. Para ello se pretende, en primer lugar, a partir de frasco de Hemocultivo positivo, informar su visión directa por tinción GRAM y, en segundo lugar, mediante la aplicación de la técnica MALDI-ToF en esas mismas muestras positivas de hemocultivos, realizar informes concretando la identidad del patógeno infeccioso, ambos informes en un lapso de tiempo de 4-6horas entre uno y otro. Esto nos permitirá adelantar incluso en 48/72 horas el resultado de la identificación microbiana si se compara con la identificación bioquímica clásica y en 24 horas si se compara con la identificación mediante MALDI-ToF a partir de colonias bacterianas o fúngicas, lo que tiene un impacto clínico evidente, ofreciendo la posibilidad de implementar un tratamiento antimicrobiano precoz más dirigido en los pacientes con sepsis.

INDICADORES
Nº hemocultivos con informe preliminar de visión de tinción GRAM /Total de hemocultivos positivos
Objetivo: >85%
Nº hemocultivos con informe preliminar de identificación por Maldi-TOF/Total de hemocultivos positivos
Objetivo: >50%

DURACIÓN
Se registrarán los indicadores en el Sistema informático del laboratorio (SIL) y se explotarán una vez al año.
-Comienzo registro gram preliminar: 1 de Enero 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0479

1. TÍTULO

INFORMES PRELIMINARES EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS MEDIANTE TINCION DE GRAM Y ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF)

- Comienzo registro Mald-TOF preliminar: 24 Abril 2018.
- Explotación resultados: Enero 2019.

OBSERVACIONES

-

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0503

1. TÍTULO

ACREDITACION DE SESIONES CLINICAS MULTIPROFESIONALES EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA)

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ITZIAR ANGULO LOPEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARRIBAS GARCIA JORGE
MAIRAL CLAVER PILAR
CHAVARRIGA PENELLA JOSE LUIS
PALACIO SIN MARIA DE LA O
UBIETO ROLDAN ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha planificado un calendario de sesiones semanales impartidas por los facultativos especialistas de Microbiología.

-05/09/2018 Sesión clínica Sección Orinas; M^a Pilar Mairal Claver: Novedades sección urocultivos (futuro cribador de orinas y posible nueva rutina).
-12/09/2018 Sesión clínica Sección Hemocultivos. Jorge Arribas García: Novedades introducidas en la sección (comentarios mapa de resistencias, registro horas positividad frascos, registro horas informe identificación grupo PROA, etc.).
-19/09/2018 Sesión clínica Sección Genital y E.T.S; Ana Betrán Escartín: Caso clínico, vaginitis por P.multocida en paciente con CA genital.
-26/09/2018 Sesión clínica Sección Serología Hepatitis; Luis Torres Sopena: Actualización en posibles patrones serológicos de Hepatitis A, B, C, y E.
-03/10/2018 Sesión clínica Sección coprocultivos; M^a Pilar Mairal Claver: Incremento de casos por Campylobacter coli en el último semestre.
-10/10/2018 Sesión clínica Sección Epidemiología; Jorge Arribas García: Filtros de retenciones antibióticas implementadas en el SIL.
-17/10/2018 Sesión clínica Sección Piel y Partes Blandas; Ana Betrán Escartín: Caso clínico Actinomyces Peni R en onfalitis en niño de 9 años.
-24/10/2018 Sesión clínica Sección Diagnóstico Molecular; Luis Torres Sopena: Brote de Sarampión.
-07/11/2018 Sesión clínica Sección Parásitos; M^a Pilar Mairal Claver: Exposición caso clínico "Paciente fallecida por shock anafiláctico relacionado con Hidatidosis de 20 años de evolución.
-14/11/2018 Sesión clínica Sección Bacteriología Respiratoria; Jorge Arribas García: Control ambiental de Bronoscopios. A proposito de una serie de casos de broncoaspirados positivos a P.aeruginosa de posible origen en el dispositivo.
-21/11/2018 Sesión clínica Sección Micobacterias; Ana Betrán Escartín: Evaluación del Control de Calidad Externo trimestral (MB-2/18): Por qué de resultado no esperado en dicho control.
-28/11/2018 Sesión clínica grupo PROA; Luis Torres Sopena: Presentación de nueva tabla para registro de pacientes con bacteriemias intervenidos en grupo PROA.
-12/12/2018 Sesión clínica Sección Líquidos Biológicos; Ana Betrán Escartín: Caso clínico de Meningitis asociada a anestesia epidural.
-19/12/2018 Sesión clínica Serología de Virus respiratorios; Luis Torres Sopena: Actualización y recordatorio de protocolos y procedimientos en puertas de la temporada de Gripe.

Dichas sesiones constan de una presentación/exposición por parte de un miembro del servicio (FEA) de una actualización sobre el tema utilizando los recursos audiovisuales del Servicio.
Tras cada sesión, se lleva a cabo un turno de ruegos y preguntas que permite la interacción entre los docentes y discentes para llegar a una resolución conjunta o elaboración de conclusiones. Al finalizar la sesión, se realiza una encuesta de satisfacción de la actividad así como un registro de asistencia por parte de los discentes(firmas).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Impartir las sesiones clínicas planificadas según el calendario: >90%. Resultado 100%
-Asistencia mínima requerida de los miembros de la plantilla, acreditada por la hoja de firmas tras cada sesión: 80%.
Resultado 100%
-Encuesta de satisfacción con sugerencias de forma anónima, valoración al profesorado y aplicación práctica de lo aprendido: valoración igual o >7 (nota sobre 10).
Resultado 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han podido llevar a cabo todas las sesiones planificadas y con asistencia total por parte del personal. Ha sido importante en la consecución de los objetivos el haber consensado previamente los días en los que se iban a impartir dichas sesiones con todo el personal así como el haber acreditado estas sesiones, lo cual ha

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0503

1. TÍTULO

ACREDITACION DE SESIONES CLINICAS MULTIPROFESIONALES EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA)

propiciado una motivación extra para todo él. Esta asistencia ha redundado en una formación global de todo el personal y creemos que en una mejora en la calidad del servicio prestado por cada uno de nosotros.

En cuanto a los aspectos mejorables, se ha planteado el incorporar medios audiovisuales (tipo proyector o pantalla de TV grande) que faciliten las presentaciones llevadas a cabo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/503 ===== ***

Nº de registro: 0503

Título
ACREDITACION DE SESIONES CLINICAS MULTIPROFESIONALES EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA)

Autores:
ANGULO LOPEZ ITZIAR, ARRIBAS GARCIA JORGE, MAIRAL CLAVER PILAR, CHAVARRIGA PENELLA JOSE LUIS, PALACIO SIN MARIA DE LA O, UBIETO ROLDAN ANA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La necesidad de planificar un programa de sesiones multidisciplinares en el Servicio de Microbiología nace de las peticiones reiteradas de los distintos profesionales que trabajan en la Unidad, de hecho se ha sugerido en entrevistas personales con los miembros de la plantilla en numerosas ocasiones.

Las sesiones multidisciplinares dentro de los servicios desempeñan un papel cada vez más importante como punto de encuentro para que los miembros sanitarios del servicio puedan interactuar y aprender unos de otros.

Así mismo, muchos de los contenidos de las sesiones semanales obedecen a la necesidad de hacer partícipe al servicio de nuevas evidencias científicas que necesitan de ser implementadas en la práctica diaria, así como de la revisión del Servicio de nuevas metodologías de trabajo.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo general del programa de sesiones multidisciplinares es disponer de una herramienta de mejora del personal sanitario a través de la Formación Continuada y Reciclaje de los profesionales.

Los objetivos más específicos de este programa de sesiones serían:

- Compartir las actualizaciones diagnóstico-terapéuticas en los procesos infecciosos más prevalentes y que generan actuación multidisciplinar coordinada.
- Favorecer la comunicación entre los miembros del Servicio, facilitando además la interacción entre distintos Servicios y Unidades de nuestro hospital.
- Proporcionar actualización en procesos diagnósticos en enfermedades infecciosas y microbiología clínica.
- Actualizar los conocimientos en investigación sanitaria.
- Comunicar los diferentes procedimientos, normas de actuación, procesos y protocolos relevantes para todos los profesionales del servicio.
- Fomentar el uso de las guías y protocolos clínicos.
- Potenciar el feed-back de la información a los profesionales del servicio.

MÉTODO

Se planificará un calendario de sesiones semanales impartidas por los facultativos especialistas de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0503

1. TÍTULO

ACREDITACION DE SESIONES CLINICAS MULTIPROFESIONALES EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA)

Microbiología, basándonos en la siguiente metodología:

- Presentación/exposición por parte de un miembro del servicio (FEA) de una actualización sobre el tema utilizando los recursos audiovisuales del Servicio.
- Tras cada sesión, se abrirá un turno de ruegos y preguntas que permita la interacción entre los docentes y discentes y resolución conjunta o elaboración de conclusiones.
- Al finalizar la sesión, se realizará una encuesta de satisfacción de la actividad.
- Asimismo se cumplimentará por parte de los discentes una hoja de asistencia (firmas).

INDICADORES

- Impartir las sesiones clínicas planificadas según el calendario: >90%.
- Asistencia mínima requerida de los miembros de la plantilla, acreditada por la hoja de firmas tras cada sesión: 80%.
- Encuesta de satisfacción con sugerencias de forma anónima, valoración al profesorado y aplicación práctica de lo aprendido: valoración igual o >7 (nota sobre 10).

DURACIÓN

Inicio de la actividad: 01-09-2018.

Periodicidad semanal de las sesiones programadas.

Finalización de la actividad: 31-12-2018.

Evaluación del proyecto: Enero de 2019. Revisión de la asistencia requerida y valoración del programa de sesiones mediante las encuestas de satisfacción.

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 - 2018/0437

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS EN HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE PAULA MUNGUIA NAVARRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FELEZ JUSTES ISABEL
INGLES SANZ CRISTIAN
MONTUEGA GRACIA JUDITH
TENA RAMOS GLORIA
VIÑUALES LAVIÑA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha compuesto el grupo de trabajo, responsable de la monitorización y vigilancia del acceso vascular.
- Se ha elaborado el Protocolo de monitorización con métodos de segunda generación (anexo I)
- Se han medido los indicadores con la periodicidad establecida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han alcanzado los objetivos principales de este proyecto:

- Protocolizar y estandarizar la valoración de la FAV en hemodiálisis.
- Estandarizar los métodos de monitorización del acceso entre el personal de enfermería.
- Incluir métodos de segunda generación en la valoración de las FAV.
- La tasa de trombosis de FAV anual entra dentro de los estándares de calidad.

OBJETIVOS ESPERADOS:

- 1.- Tasa anual de trombosis de fístulas arteriovenosas nativas. Periodicidad: anual. Estándar: < 0,15 trombosis/paciente/año: Tasa anual de trombosis: 0.20 trombosis/paciente/año
- 2.- Porcentaje de fístulas arteriovenosas que tienen registro de evaluaciones periódicas. Periodicidad: Cuatrimestral. Estándar: > 90%: 95%
- 3.- Porcentaje de fístulas arteriovenosas nativas con estenosis significativa, no trombosada, reparadas quirúrgicamente que siguen permeables después del año. Periodicidad: anual. Estándar: > 50% al año: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El acceso vascular es fundamental para una hemodiálisis óptima. En el año 2017 se publicaron las nuevas Guías del acceso vascular, y el capítulo 7 de las mismas está dedicado a Indicadores de calidad en Hemodiálisis. En nuestra Unidad a través de este Protocolo de calidad queremos conocer la situación actual de las fístulas arteriovenosas nativas.

Los resultados han sido satisfactorios, aunque mejorables. La tasa anual de trombosis del acceso vascular ha sido algo superior a las últimas recomendaciones del Grupo Interdisciplinar español del acceso vascular: 0.2 trombosis/paciente/año frente a una tasa < 0.15 recomendado. Es importante señalar que otras guías clínicas del acceso vascular establecen una tasa de trombosis máxima de FAVn < 0.25, siendo más estricto en España ya que en algunos registros la tasa era menor.

Se ha integrado a la práctica clínica habitual de la Unidad la monitorización del acceso vascular mediante métodos de segunda generación y se ha reforzado los métodos de monitorización de primera generación, todo ello hace que este proyecto de mejora se continúe realizando y forme parte de la actividad habitual en hemodiálisis.

7. OBSERVACIONES.

Señalar que, según el organigrama inicial, el protocolo y la instrucción de la vigilancia del acceso vascular se realizó en junio de 2018 y la primera medida del Qa (flujo del acceso vascular) se realizó en julio, cuando además ya habían ocurrido 2 de las 3 trombosis de FAV que hemos tenido en la Unidad. Por tanto, esperamos que, en adelante, esto no ocurra gracias a los sistemas de vigilancia.

SUGERENCIAS: El proyecto de mejora iba dirigido a la FAV nativa, ampliaremos los métodos de monitorización y vigilancia a las FAV protésicas.

ANEXO I: PROTOCOLO ENFERMERÍA MEDICIÓN FLUJO ACCESO VASCULAR-MÓDULO BTM® (TERMODILUCIÓN)

1. Asegurarnos que puncionamos las dos agujas (arterial y venosa) sobre una misma vena.
2. Realizar la exploración SIN On-Line, Qb 300 mL/min y Flujo de baño 500 ml/min.
3. Anotar el Qb efectivo (mL/min)
4. Anotar la 1ª Recirculación obtenida con las líneas en posición invertida (Rx) %
5. Invertir las líneas de hemodiálisis.
6. Activar de forma manual la medición de la 2ª recirculación con las líneas en posición normal.
7. Anotar la 2ª Recirculación obtenida con las líneas en posición normal (Rn) %
8. Fijar los parámetros de hemodiálisis según la prescripción habitual.
9. Entrar en el programa informático de Hemodiálisis (Nefrolink) > Abrir paciente > Acceso vascular > Vigilancia > Nuevo > Anotar los datos de la sesión (Rn, Rx y Qs) > Aceptar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0437

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS EN HEMODIALISIS

*** ===== Resumen del proyecto 2018/437 ===== ***

Nº de registro: 0437

Título
MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS EN HEMODIALISIS

Autores:
MUNGUIA NAVARRO PAULA, FELEZ JUSTES ISABEL, INGLES SANZ CRISTIAN, MONTUENGA GRACIA JUDITH, TENA RAMOS GLORIA, VIÑUALES LAVIÑA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El acceso vascular para hemodiálisis es esencial para el enfermo renal tanto por su morbimortalidad asociada como por su repercusión en la calidad de vida.
El objetivo de la monitorización y vigilancia de la fistula arteriovenosa (FAV) es diagnosticar precozmente la patología de la FAV. La trombosis irreversible de la FAV ocasiona una serie de consecuencias negativas para el paciente prevalente que sigue un programa de Hemodiálisis (HD): reducción del capital venoso, necesidad de la implantación de un catéter venoso central (CVC), menor eficacia de la HD, posible estenosis o trombosis de venas centrales, y la construcción de una nueva FAV. Todo ello incrementa la frecuencia de hospitalización, la morbimortalidad y el gasto sanitario del paciente en HD crónica.
Los métodos o técnicas de cribado o screening para el diagnóstico precoz de la estenosis significativa de la FAV se clasifican en 2 grandes grupos, y se recomienda emplear ambos en las últimas Guías del Acceso Vascular, para la vigilancia de la FAV. Los métodos de primera generación incluyen la monitorización clínica durante la sesión (exploración física, problemas durante la sesión de HD), determinación del porcentaje de recirculación, disminución de la adecuación de la HD, etc. Los métodos de segunda generación permiten calcular el flujo sanguíneo (QA) de la FAV e incluyen los métodos de cribado dilucionales y la ecografía Doppler, presentado ambos un rendimiento equivalente en cuanto a la determinación del flujo del acceso vascular. El método de cribado dilucional, puede calcularse con los monitores de la Unidad de HD actual, sin embargo no se emplean.

RESULTADOS ESPERADOS
Protocolizar y estandarizar la valoración de la FAV en hemodiálisis. Incluir métodos secundarios de valoración de la FAV en la Unidad de Hemodiálisis. Disminuir el número de trombosis de FAV en pacientes prevalentes en hemodiálisis. Mejorar la funcionalidad de la FAV.

MÉTODO
En una primera fase, componer un grupo de responsables del acceso vascular (enfermería y facultativos), encargado de la monitorización final del acceso vascular. En una segunda fase, elaboración de un protocolo e instrucción al personal de enfermería sobre los métodos de monitorización del acceso vascular, para unificar su evaluación y registro, así como implantar la técnica de segunda generación (Cribado dilucional) en la Unidad de HD.

INDICADORES
(Según recomendaciones Guías del Acceso Vascular para Hemodiálisis publicadas en la Revista Nefrología en 2017 del Grupo Español multidisciplinar del Acceso Vascular)
1.- Tasa anual de trombosis de fístulas arteriovenosas nativas. Periodicidad: anual.Estándar: < 0,15 trombosis/paciente/año.
2.- Porcentaje de fístulas arteriovenosas que tienen registro de evaluaciones periódicas. Periodicidad: Cuatrimestral.Estándar: > 90%.
3.- Porcentaje de fístulas arteriovenosas nativas con estenosis significativa, no trombosada, reparadas quirúrgicamente que siguen permeables después del año. Periodicidad: anual.Estándar: > 50% al año.

DURACIÓN
Elaboración del protocolo e instrucción: mayo- junio 2018. Recogida de datos: Se registrará el QA en el programa informático (Nefrolink) de forma bimensual, en la pestaña de "Vigilancia del acceso vascular". Evaluación de los datos: trimestral (enero, abril, julio y octubre de cada año)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0437

1. TÍTULO

MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS EN HEMODIALISIS

OBSERVACIONES

Se aplicará a todos los pacientes en hemodiálisis portadores de FAV.

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 - 2018/1035

1. TÍTULO

VALORACION DE ESTADO NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE INES BEIRED VAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERGUA AMORES CARLOS
UTRILLA PEREZ MARTA
MONTUENGA GRACIA JUDITH
TENA RAMOS GLORIA
QUILEZ PEREZ LUCIA
SANAGUSTIN GARCES MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En junio de 2018 se realizó la primera reunión con el equipo implicado en el desarrollo del plan de calidad. Se impartió una sesión clínica informativa con el título "Nutrición en el paciente con enfermedad renal crónica". Se realizó una hoja de registro de datos aportando: datos demográficos, comorbilidad, parámetros de diálisis, datos analíticos, parámetros antropométricos y tratamiento habitual. Además se valoró la calidad de vida mediante el kdqol-36 y se realizó una encuesta dietética. En julio se realizó la primera valoración de los pacientes y posteriormente cada 3 meses.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han valorado un total de 52 pacientes (95% del total) en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital San Jorge. Al inicio del estudio, la prevalencia de síndrome de desgaste proteico-energético era del 19% (10 pacientes). En todos ellos se intervino con consejos higiénico dietéticos usando las recomendaciones de las guías de la Sociedad Española de Nefrología y material aportado de la asociación de enfermos renales (ALCER). Los indicadores utilizados para la detección del SDPE son los propios de su diagnóstico. En comparación con otros estudios nutricionales en pacientes renales, nuestra prevalencia es baja puesto que en algunos puede llegar a alcanzar hasta el 30-40%. En las revisiones posteriores realizadas cada 3 meses, el porcentaje de pacientes con dicho síndrome no se había modificado a pesar de instaurar medidas dietéticas apropiadas posiblemente por la importante comorbilidad asociada e incidencias clínicas transcurridas durante el año (infecciones, intervenciones quirúrgicas...)-

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del estado nutricional y la detección del síndrome de DPE es esencial en los pacientes con enfermedad renal crónica y aún más en los pacientes en tratamiento renal sustitutivo. Es imprescindible la actuación e implicación del personal de enfermería tanto para su detección y tratamiento, por lo que es de gran importancia su formación en nutrición específica en el paciente renal. En nuestro proyecto, las enfermeras han sido las encargadas de llevar a cabo todas las mediciones antropométricas y de realizar las recomendaciones nutricionales, por lo su implicación ha sido máxima, conllevando un gran aprendizaje en dicha materia e implicación. Desde la Unidad de Hemodiálisis se considera que tras la realización de este proyecto, se debe hacer extensible al resto del personal de enfermería y así instaurar dicha práctica en la rutina diaria de su trabajo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1035 ===== ***

Nº de registro: 1035

Título
VALORACION DE ESTADO NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
BEIRED VAL INES, BERGUA AMORES CARLOS, UTRILLA PEREZ MARTA, MONTUENGA GRACIA JUDITH, TENA RAMOS GLORIA, QUILEZ PEREZ LUCIA, SANAGUSTIN GARCES MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1035

1. TÍTULO

VALORACION DE ESTADO NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

Tipo de Objetivos .: Otros

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

En 2008, la Sociedad Internacional de Nutrición Renal y Metabolismo (ISRNM) propuso la adopción del término protein-energy wasting (síndrome de desgaste proteico-energético, DPE) como nomenclatura unificadora y punto de partida hacia un mejor conocimiento y tratamiento de los problemas nutricionales en el paciente urémico. El término DPE intenta aunar en una sola entidad patológica las múltiples alteraciones nutricionales y catabólicas que acontecen en la enfermedad renal crónica y que conllevan la pérdida gradual y progresiva de masa tanto muscular como grasa. Es un síndrome común, especialmente a partir del estadio 4-5 de ERC, que está presente en el 30-60 % de los pacientes en diálisis. Las consecuencias clínicas del DPE pueden ser graves y reclaman un tratamiento rápido y efectivo, puesto que se asocia a un incremento de la mortalidad tanto global como cardiovascular, del número de infecciones e ingresos, y a otras muchas comorbilidades.

RESULTADOS ESPERADOS

Evaluar el estado nutricional mediante los actuales criterios del síndrome de DPE en los pacientes en hemodiálisis al inicio del tratamiento renal sustitutivo y cada 3 meses. Los criterios del DPE se basan en: criterios bioquímicos, masa corporal, masa muscular e ingesta dietética. Proponer las intervenciones nutricionales necesarias.

MÉTODO

Educar en la indentificación y manejo de problemas nutricionales al personal médico y de enfermería. Instaurar en la unidad de hemodiálisis un protocolo de valoración del síndrome de DPE y su seguimiento. Consensuar la intervención dietética y nutricionales en el paciente detectado.

Estudio observacional sobre la población en hemodiálisis en el Hospital San Jorge, para lo que se realizará:

- 1.- Creación del grupo de trabajo, consensuar el protocolo y formación de los miembros implicados.
- 2.- Elaboración de base de datos.
- 3.- Establecer las medidas dietéticas y nutricionales adecuadas.

INDICADORES

Determinación de la incidencia y prevalencia del síndrome de DPE en la unidad de hemodiálisis.

Porcentaje de pacientes en los que se haya intervenido con medidas dietéticas y con medidas dietéticas y aportes nutricionales.

DURACIÓN

- 1.- Sesión informativa, distribución de trabajo y elaboración del protocolo: junio de 2018.
- 2.- Primera valoración y seguimiento: julio 2018, octubre 2018, enero 2019.
- 3.- Análisis de los resultados: febrero 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 - 2018/1098

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y DERIVACION A NEFROLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL FELEZ JUSTES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAJARAVILLE ASO PILAR
CHARTE ALEGRE MARIA ELENA
GARCIA CALVO ANGEL
QUINTANA VELASCO CARMEN
BEIRED VAL INES
MUNGUA NAVARRO PAULA
BERGUA AMORES CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicialmente se constituyó el equipo de mejora y se coordinó con Atención primaria unas reuniones para abordar los puntos a tratar del protocolo. Durante los meses de Septiembre y Octubre del 2018 se ha redactado un documento de consenso entre el servicio de Nefrología del Hospital San Jorge y Atención Primaria con la finalidad de mejorar la detección, derivación y seguimiento de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) desde Atención Primaria a Especializada. Dicho documento fue enviado a finales de Noviembre del 2018 a todos los coordinadores de Atención Primaria del Sector de Huesca que pusieron en conocimiento a los facultativos de sus centros y que sirve como guía para el manejo de la ERC. Se supervisó con cada uno de los coordinadores que había sido recibido y dado máxima difusión. También se expuso un tiempo para aclarar dudas sobre el mismo y que las notificaran (el documento puede ser solicitado para su revisión). A finales de Noviembre del 2018 se puso en marcha consulta virtual (interconsulta primaria). Los médicos de atención primaria, usando el documento de consenso como guía, realizan sus interconsultas y solicitan las derivaciones pertinentes. Todas estas acciones descritas nos han permitido establecer un circuito de trabajo coordinado entre Nefrología y Atención Primaria que se refleja con los excelentes resultados alcanzados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han comparado en cuanto a detección de ERC y correcta derivación a nefrología (según las indicaciones del protocolo) los 2 meses previos a su implantación y los meses posteriores en el que el documento ya estaba en manos de los profesionales de primaria. Los datos quedan claramente expresados por los objetivos establecidos y el valor de los indicadores.

1. Optimizar las derivaciones desde Atención Primaria a Nefrología . ESTÁNDAR >50%

Nº paciente derivados aplicando protocolo/Nº de pacientes derivados *100

Periodo antes implantar protocolo (Octubre-Noviembre 2018)

19/39*100=48,71%

Periodo después implantar protocolo (diciembre 2018- enero2019)

16 /18*100= 88,8%

2. Aumentar la seguridad del paciente al disminuirla iatrogenia por fármacos inadecuados en ERC. ESTANDAR >30%

Nº paciente modificado tratamiento/ Nº de pacientes con tratamiento *100

Periodo antes implantar protocolo (Octubre-Noviembre 2018) 5 /39*100=12,82%

Periodo después implantar protocolo (Diciembre 2018- Enero2019)

6 /18*100= 33,33%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El dotar a los profesionales de atención primaria de un herramienta tan útil y sencilla como es un protocolo ha permitido: mejorar la detección de los pacientes con ERC, la correcta derivación a la consulta de nefrología, la implantación precoz de medidas terapéuticas que permiten disminuir la progresión de la ERC y disminuir la iatrogenia secundaria a la utilización de fármacos contraindicados o utilizados a dosis inapropiadas al grado de ERC. El periodo inicial de recogida de datos abarcaba desde Octubre del 2018 a Abril del 2019 y el análisis de datos en Mayo y Junio (un año con respecto a cuando se entregó el proyecto). Dado que las memorias se han solicitado antes de cumplir un año solo se han podido comparar los 2 meses previos al documento de consenso y los 2 meses posteriores a su implantación. Estos han sido suficientes para poder establecer una comparativa con claros resultados a favor de la elaboración y puesta en marcha del protocolo. El tercero de los objetivos que era disminución del tiempo medio de demora entre una primera consulta y una posterior resultado de la correcta derivación no ha sido posible medirla por la brevedad del periodo. Se trata de un proyecto en el que vamos a observar a lo largo tiempo buenos resultados como han sido expuestos hasta y que sin duda ha permitido que Atención Primaria y Nefrología "hablemos un mismo idioma" en cuanto a enfermedad renal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1098

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1098

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y DERIVACION A NEFROLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

***** ***

Nº de registro: 1098

Título
ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y DERIVACION A NEFROLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

Autores:
FELEZ JUSTES ISABEL, CAJARAVILLE ASO PILAR, CHARTE ALEGRE MARIA ELENA, GARCIA CALVO ANGEL, QUINTANA VELASCO CARMEN L, BEIRED VAL INES, MUNGUIA NAVARRO PAULA, BERGUA AMORES CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública importante. Según los resultados del estudio EPIRCE (Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España) el 10 % de la población adulta sufre algún grado de ERC. El 6,8 % tienen insuficiencia renal (FG < 60 ml/min). Esta entidad se asocia a una importante morbi-mortalidad cardiovascular, así como costes muy significativos. Solo una pequeña proporción de enfermos con ERC evolucionarán hacia la insuficiencia renal terminal con sus complicaciones asociadas y necesidad de tratamiento renal sustitutivo (diálisis o trasplante). Esta evolución hacia la pérdida de función renal tiene un curso progresivo, en el que podemos influir mediante una actuación precoz sobre sus principales causas: hipertensión arterial y diabetes mellitus. El control de estas debe ser estricto y adecuado a las recomendaciones de las Guías en vigor no solo para minimizar su progresión y tratar las complicaciones inherentes a la insuficiencia renal, sino también para reducir el riesgo vascular asociado a la ERC. Por otra parte, Un número importante de pacientes con ERC están sin diagnosticar (se estima que alrededor del 20% de la población con más de 60 años tienen insuficiencia renal, esto es ERC avanzada), bien porque no se efectúan controles de función renal, bien porque tienen una ERC oculta (tienen enfermedad renal a pesar de que las creatininas séricas están en el rango de normalidad del laboratorio) En pacientes seguidos en Atención Primaria con enfermedades tan frecuentes como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus, la prevalencia de insuficiencia renal puede alcanzar cifras del 35-40%. En este contexto, desde hace varios años se han establecido guías y recomendaciones para optimizar la detección y tratamiento de la población con ERC. Las recogidas en el Documento de Consenso SEN-semFYC sobre la Enfermedad Renal Crónica publicado en el año 2008, sobre el que se basan las recomendaciones actuales, pretenden, con el consenso de las sociedades científicas implicadas, dotar de una herramienta útil a los profesionales a cargo de la población con ERC en el ámbito de la medicina de familia. El objetivo último de estas recomendaciones es la de dotar a los profesionales de la salud de una herramienta sencilla que permita: Mejorar la detección de los pacientes con ERC, lo que se traducirá en la implantación precoz de medidas terapéuticas que permitan disminuir la progresión de la ERC y de la morbimortalidad vascular asociada. Aumentar la seguridad del paciente con ERC al disminuir la yatrogenia secundaria a la utilización de fármacos contraindicados o utilizados a dosis inapropiadas al grado de insuficiencia renal. Reducir el coste sociosanitario relacionado con esta enfermedad. La derivación a nefrología debe de protocolizarse entre atención primaria y el servicio de nefrología, con planes de actuación y estrategias de comunicación ágil entre los dos niveles asistenciales. Este proyecto de mejora pretende llevar a cabo todo lo anteriormente expuesto

RESULTADOS ESPERADOS

- 1-Mejorar la detección de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC).
2. Optimizar las derivaciones desde atención primaria a nefrología.
- 3- Implantación precoz de medidas terapéuticas que permitan disminuir la progresión de la ERC y de la morbimortalidad vascular asociada.
4. Aumentar la seguridad del paciente con ERC al disminuir la yatrogenia secundaria a la utilización de fármacos contraindicados o utilizados a dosis inapropiadas al grado de insuficiencia renal.
5. Establecer un sistema de comunicación eficaz que permita compartir información entre los diferentes niveles asistenciales.

MÉTODO

Inicialmente se constituirá el equipo de mejora. Se realizarán reuniones entre los médicos de atención primaria participantes y el servicio de nefrología. De forma consensuada se elaborará un protocolo de detección y derivación a nefrología desde atención primaria. También se elaborará un documento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1098

1. TÍTULO

ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y DERIVACION A NEFROLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

de "recomendaciones en el paciente con enfermedad renal crónica". Además de los centros partícipes del proyecto se hará extensivo a otros centros de atención primaria que estén interesados en optimizar la detección y derivación. Se establecerá un canal de comunicación fluido entre los miembros del equipo de mejora

INDICADORES

- 1-Número de pacientes que son derivados a nefrología desde atención primaria aplicando el protocolo/ número total de derivaciones Objetivo 50%
- 2-Número de pacientes a los que se modifica el tratamiento derivado de la aplicación del documento de recomendaciones en el paciente con enfermedad renal crónica. Objetivo 30%
- 3-Disminución del tiempo medio demora entre una primera consulta de nefrología y una posterior revisión resultado de la correcta y completa derivación. Objetivo 50%

DURACIÓN

- 1.-Sesiones informativas y elaboración del protocolo y documento: julio, agosto y septiembre 2018.
- 2.-Aplicación del protocolo elaborado y recogida de datos: octubre del 2018 a abril del 2019
- 3.- Análisis de datos: mayo y junio 2019:

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0473

1. TÍTULO

GUIA DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA JESUS PABLO ZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BENAVENTE AGUILAR ISABEL
LASIERRA PERIZ YOLANDA
MAJARENAS MASCUÑANO VIRGINIA
LASCORZ CORTINA ISABEL
VALLDEPEREZ ESPINACH ROSA
ABADIAS PUYUELO EVA
ESCARTIN ORUS ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de Guía de Enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dado que los indicadores serían Uso de la Guía/Persona/Tiempo, a valorar cada 6 meses, en este caso como el proyecto era la realización de la Guía, los indicadores habría que valorarlos a los 6 meses y al año (mediados/final de 2019)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos esta guía de gran utilidad, en la actualidad para el personal existente para consultar el modo de actuación y los protocolos, y principalmente para futuras incorporaciones de personal al Servicio, ya que facilitará mucho la incorporación al aportar información relevante para la Especialidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/473 ===== ***

Nº de registro: 0473

Título
GUIA DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
PABLO ZARO MARIA JESUS, BENAVENTE AGUILAR ISABEL, LASIERRA PERIZ YOLANDA, MAJARENAS MASCUÑANO VIRGINIA, SANJUAN ABIAN JOSE CARLOS, LASCORZ CORTINA ISABEL, ABADIAS PUYUELO EVA, SANZ PEREZ LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Neurofisiología Clínica es una especialidad médica que se basa en el estudio del Sistema Nervioso tanto Central como Periférico por medio de pruebas complementarias. La formación médica de la especialidad está totalmente establecida, mientras que en lo referente al personal de Enfermería la titulación oficial universitaria en nuestro país no existe como tal. En algunos países de Europa, como Italia o Portugal dentro de la formación universitaria sí existe el Grado en Técnico de Neurofisiología Clínica. En otros países como en Suecia y Finlandia existe una titulación de Técnico en Neurofisiología Clínica no universitaria como tal (especialización de Enfermería). Dado que es una especialidad muy técnica, el personal de Enfermería que empieza a trabajar como técnico en un Servicio de Neurofisiología Clínica encuentra dificultades en su inicio ya que carece de formación sobre el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0473

1. TÍTULO

GUIA DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

tema, por ello creemos que sería de gran utilidad disponer de una guía práctica en la que se reflejen las principales técnicas, material, equipamientos y protocolos a seguir en la realización de las diferentes exploraciones neurofisiológicas.

RESULTADOS ESPERADOS

Realización de una Guía Práctica para personal de Enfermería en el Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital San Jorge. En dicha guía se resumirán las diferentes exploraciones que se realizan en nuestro servicio, detallando el material necesario, las labores del personal de Enfermería y los protocolos a seguir en cada una de ellas.

MÉTODO

En la guía se describirán las diferentes técnicas realizadas en nuestro servicio, incluyéndose el material y equipamiento necesario para cada una de ellas, y los protocolos de montaje y realización:

- Electromiogramas y Electroneurogramas
- Electroencefalogramas
 - Estudios vídeo-EEG basales
 - Estudios vídeo-EEG de siesta
 - Estudios vídeo-EEG tras privación de sueño
- Potenciales Evocados
 - Potenciales evocados auditivos
 - PEATC en lactantes (programa de screening de hipoacusia de Aragón)
 - PEATC en niños
 - PEATC en adultos
 - Potenciales evocados somatosensoriales
 - Potenciales evocados visuales
 - PEV y Electoretinograma-pattern
 - PEV y ERG flash (Ganzfeld)
- Estudios polisomnográficos
 - Poligrafía cardiorespiratoria nocturna
 - PSG nocturnos
 - Test de latencias múltiples de sueño
- Estudios de monitorización vídeo-EEG de larga duración
- Estudios de monitorización vídeo-EEG nocturnos

INDICADORES

Un indicador de este proyecto sería el empleo de la guía, por lo que el indicador sería el Uso de la misma/Persona/Unidad de Tiempo.
Se evaluará periódicamente el número de veces que se emplea la guía de forma periódica (cada 6 meses).

DURACIÓN

La duración de este proyecto es indefinida, en cuanto dispongamos de la guía se utilizará inmediatamente, realizándose revisiones cada 2 años.

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 - 2018/0279

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA ESPECIFICA DE CEFALEA EN H. SAN JORGE

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE LORENA GARCIA FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TORDESILLAS LIA CARLOS
ALBERTI GONZALEZ OLALLA
SERAL MORAL MARIA
GIMENEZ MUÑOZ ALVARO
GONZALEZ SANCHEZ MIGUEL
TERINGUER MUR MARIA PILAR
EIZMENDI BINDER ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha iniciado la consulta específica de cefalea, dentro del Sº de Neurología, con una periodicidad de 1 consulta mensual clínica (de diagnóstico y tratamiento) y otra consulta con una periodicidad mensual de técnicas para tratamientos de cefaleas (infiltración de toxina botánica y bloqueos anestésicos), se ha creado una bases de datos para filiar a los pacientes atendidos, se esta en proceso de la realización de protocolos de derivación, así como de tratamiento de cefaleas mas frecuentes. Se realizar formación a los MIR de MFYC en esta consulta específica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se esta realizando en la consulta tal como se había propuesto un diagnostico clínico según IHS, una orientación terapéutica y recomendación es tanto para los pacientes como para los MAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En los últimos meses se ha incrementado el numero de pacientes atendidos en la consulta, precisando tres días al mes para ello, lo cual denota la necesidad que había en este ámbito que ahora se esta cubriendo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/279 ===== ***

Nº de registro: 0279

Título
PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA ESPECIFICA DE CEFALEA EN H. SAN JORGE

Autores:
GARCIA FERNANDEZ LORENA, TORDESILLAS LIA CARLOS, ALBERTI GONZALEZ OLALLA, SERAL MORAL MARIA, GIMENEZ MUÑOZ ALVARO, GONZALEZ SANCHEZ MIGUEL, TERINGUER MUR MARIA PILAR, EIZMENDI BINDER ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las cefaleas son uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso. La alta prevalencia de la cefalea en nuestro medio y la repercusión socioeconómica que comporta justifica la aparición en los últimos años de unidades específicas para el estudio y tratamiento de este grupo de patologías. La cefalea es el motivo de consulta más frecuente en las consultas de Neurología. Como ocurre con diferentes subespecialidades en la Neurología, una Unidad de Cefalea cumple con la tarea de reconocer y tratar de forma más adecuada al paciente con cefalea, una vez diagnosticados y orientado terapéuticamente muchos de los enfermos vistos se podrían continuar el seguimiento en Atención Primaria con lo que se reducirían las consultas reiteradas a urgencias,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0279

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA ESPECIFICA DE CEFALEA EN H. SAN JORGE

consulta general de Neurología y atención primaria. En los últimos años el desarrollo de distintas técnicas de tratamiento invasivas (inyección de toxina botulínica y bloqueos nerviosos) con muy buenos resultados hace que sea preciso una formación específica.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana del proyecto es todo paciente con cefalea del sector de Huesca. La principal intervención es orientar el proceso diagnóstico-terapéutico de los pacientes con cefalea desde el servicio de Neurología del Hospital San Jorge. Se espera mejorar la calidad en el manejo y seguimiento de pacientes con cefalea, sobre todo en los que requieren especial atención: migraña crónica, cefalea de Horton, Neuralgia del trigémino. Tener una referencia para los médicos de atención primaria del sector para orientar durante el proceso diagnóstico terapéutico también a través de la teleconsulta.

MÉTODO

Emisión de una primera impresión diagnóstica. Siguiendo la clasificación internacional de cefaleas en su última versión. Solicitud de pruebas diagnósticas necesarias. Elaboración de un plan terapéutico: Información sobre el diagnóstico, sobre las opciones de tratamiento. Entrega de calendario de cefalea. Entrega de folletos informativos de las cefaleas más prevalentes (Migraña y cefalea tensional, con consejos prácticos para pacientes) así como cefaleas con peculiaridades especiales (cefalea en racimos, neuralgia del trigémino). Entrega de informe con destino a atención primaria con recomendaciones, advertencias sobre efectos secundarios de los tratamientos etc. Realización de técnicas avanzadas para el tratamiento de cefaleas: Inyección de toxina botulínica, bloqueos anestésicos. Seguimiento periódico de los pacientes según necesidades especiales. Realización de protocolos asistenciales: Criterios de admisión y alta de la consulta, secuencia temporal de actividades, responsable de cada actividad, registro de cada actividad, indicadores de evaluación de tratamientos avanzados en cefaleas, para la minimización de riesgos y accidentes. de derivación de atención primaria, criterios de admisión y tratamiento en hospital de día, de diagnóstico de cefaleas primarias más frecuentes, de diagnóstico de cefaleas secundarias más frecuentes, de tratamiento de cefaleas primarias más frecuentes, de tratamiento de cefaleas secundarias más frecuentes, de indicación y aplicación de técnicas terapéuticas invasivas y semi-invasivas. Formación a médicos de Atención primaria, mediante estancias en la consulta específica de cefalea, en cursos FOCUSS etc. Creación de registros de pacientes de la consulta específica de cefalea, de incidencias generales, de actividades de formación e investigación, de reclamaciones. Establecer un plan de comunicación: sobre la creación y funcionamiento de la consulta. Garantizar la asistencia a pacientes con cefalea que precisan una atención rápida.

INDICADORES

Creación de una base de datos con los pacientes de la consulta. Tras un año de la puesta en marcha de la consulta y posteriormente de forma anual se realizará una encuesta de satisfacción a los pacientes. Realización de una memoria anual, atendiendo a los indicadores recomendados por el Grupo de estudio de cefalea de la Sociedad Española de Neurología: % de pacientes con registro de diagnóstico de trabajo en la 1ª visita, con diagnóstico codificado según la ICHD vigente, utilización de diario/calendario, tratados según guías basadas en la evidencia evaluación con escalas de discapacidad y calidad de vida, % de procedimientos con consentimiento informado, % de pacientes tratados con bloqueos e infiltraciones. Tiempo de demora de atención en la consulta.

DURACIÓN

En el mes de Mayo de 2018 la médico responsable de la consulta de cefalea realizara una rotación por la Unidad de cefaleas del HCU Lozano Blesa de Zaragoza, para la formación en técnicas invasivas en cefaleas y manejo de una consulta específica de cefalea. Posteriormente (a partir de junio) se citaran consultas específicas de cefalea en el Hospital San Jorge de Huesca con una periodicidad de 2 al mes, cada día de se visitaran en torno a los 10 pacientes, 30 minutos por consulta. La duración del proyecto se prevé indefinida. Revisión anual de los indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0418

1. TÍTULO

INCLUSION EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DE TOT PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE) NUMERO DE REGISTRO: 2018_0418

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL MORENO PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUSTIN OLIVA ANDREA
RUIZ CAMPO LEYRE
GOMEZ GIMENO ANGELICA
VELA LETE ANA
LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL
OTAL LASPAUS SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Dar opción a las pacientes a alta domiciliaria sin necesidad de ingreso hospitalario tras cirugía de colocación de malla TOT para la incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Retirada de sonda vesical de forma precoz en Unidad de CMA, inmediatamente tras cirugía.
- Elaboración de informe de alta CMA que la paciente recibe el mismo día de la intervención.
- Alta precoz en 2-3 horas tras cirugía si buena recuperación postoperatoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Reducción del tiempo de ingreso hospitalario:
Nº de procedimientos CMA e ingreso ordinario anual: 14 procedimientos incluidos en régimen CMA del total de 14 TOT realizadas en el año 2018.
- Reducción del coste derivado de hospitalización y uso eficiente de los recursos.
Nº de consultas a urgencias o ingreso tras alta en CMA o tras ingreso ordinario en 1 año: se ha registrado una visita a urgencias que no precisó ingreso ni tratamiento (duda de la paciente que se resolvió en la sala de exploración del Sº de Urgencias).
Nº de pacientes que precisan ingreso tras la intervención a pesar de ser incluidas en CMA: no se han registrado ingresos.
- Mejora de la calidad asistencial y percepción de las pacientes
- Disminución del número de ITUs al disminuir el tiempo de la sonda vesical
- Implicación del paciente y su familia en los cuidados postoperatorios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La inclusión de pacientes en régimen de CMA para la colocación de mallas TOT por IUE en el Servicio de Ginecología, ha permitido disminuir el tiempo de permanencia hospitalario (ninguna paciente durante el pasado año requirió ingreso tras la intervención), consiguiéndose así los objetivos marcados al inicio de la puesta en marcha del proyecto.

Esto a su vez, a permitido la elaboración de protocolo de inclusión de las pacientes en CMA tras colocación de malla TOT (quedando excluidas aquellas pacientes que por comorbilidad precisan de ingreso previo o posterior para su mejor seguimiento, evaluación o preparación quirúrgica).

Percepción positiva por parte de la paciente y sus familiares.

7. OBSERVACIONES.

En los registros hospitalarios consta paciente de 43 años que precisó ingreso por dolor abdominal varios días tras al alta, pero se trató de un dolor de origen digestivo, quedando ingresada a cargo del Sº. de Digestivo: diverticulitis aguda.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/418 ===== ***

Nº de registro: 0418

Título
INCLUSION EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DE TOT PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0418

1. TÍTULO

INCLUSION EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DE TOT PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE) NUMERO DE REGISTRO: 2018_0418

(IUE)

Autores:

MORENO PEREZ RAQUEL, AGUSTIN OLIVA ANDREA, RUIZ CAMPO LEYRE, GOMEZ GIMENO ANGELICA, VELA LETE ANA, LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL, BONED GALAN MARIA JOSE, OTAL LOSPAUS SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La CMA se define como la atención a procesos susceptibles de cirugía realizada con anestesia general, local, regional o sedación que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que el paciente no necesita ingreso hospitalario y puede ser dado de alta pocas horas después del procedimiento.

La CMA surge con la finalidad de optimizar los recursos, no solo agilizando los actos quirúrgicos y racionalizando los crecientes gastos sanitarios, sino también mejorando la calidad asistencial.

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) se define como la pérdida involuntaria de orina por la uretra provocada por aumentos en la presión intraabdominal, que normalmente se neutraliza por el control neurológico de la resistencia uretral y la disipación de las fuerzas intraabdominales, a través del armazón fisiológico de la uretra en el interior de la pelvis.

La corrección de la IUE es un procedimiento quirúrgico frecuente y que ha simplificado su realización de tal manera, que un alto porcentaje de pacientes son candidatas a ser incluidas en un programa de CMA ya que la técnica quirúrgica cumple todos los criterios de inclusión recomendados. Asimismo, el hecho de que pueda ser realizada con anestesia intradural o sedación, implica que tampoco sea necesario ser muy selectivos en lo que al riesgo quirúrgico y anestésico se refiere, lo que la convierte en un procedimiento idóneo en pacientes añosas donde el riesgo anestésico suele ser elevado.

La TOT (tension free trans obturator tape) consiste en colocar una malla suburetral pasándola, a cada lado, por el orificio obturador. Las ventajas son: evita la apertura del espacio de Retzius, disminuyendo la probabilidad de lesiones de víscera hueca, hemorragias y hematomas en dicho espacio y haciendo innecesaria la realización de cistoscopia intraoperatoria ya que la cinta se ubica en un plano inferior a la vejiga.

En la actualidad, en nuestro Servicio, la colocación de la malla TOT se realiza mediante cirugía con ingreso hospitalario, que frecuentemente es de 2 días de duración (1º día de ingreso y cirugía, y 2º día de retirada de sonda vesical permanente y alta).

En la actualidad proponemos una retirada precoz de la sonda vesical tras la intervención en la misma Unidad de CMA, siendo posible el alta precoz a las pocas horas si la paciente orina con normalidad tras la retirada de la misma y si no se presentan otras complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reducción del tiempo de hospitalización.
- Reducción del coste derivado de la hospitalización.
- Uso eficiente de recursos sanitarios.
- Mejora de la calidad asistencial.
- Reducción de la morbilidad asociada del ingreso (infecciones por mantenimiento de la sonda vesical, etc)
- Mejora de la percepción asistencial por parte del paciente y a familia.
- Minimización del impacto sobre el paciente y su entorno que supone el ingreso hospitalario.
- Promoción de una atención más humanizada.
- Implicación del paciente y su familia en los cuidados post operatorios, favoreciendo la educación para la salud y la enseñanza del manejo de la patología.
- Mejora de la UCMA, con inclusión progresiva de distintos procedimientos, que favorece el crecimiento profesional del equipo que la forma.

MÉTODO

Creación de protocolo de inclusión de pacientes subsidiarios de colocación de malla TOT para la IUE en CMA: criterios de inclusión y exclusión.

Creación de protocolo de manejo del paciente desde su salida de quirófano y hasta ser dado de alta, dentro de la Unidad de CMA, por parte del personal de enfermería.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0418

1. TÍTULO

INCLUSION EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DE TOT PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE) NUMERO DE REGISTRO: 2018_0418

Realización de informes de alta en la Unidad de CMA que el paciente recibirá antes de abandonar la Unidad con las instrucciones y recomendaciones dadas al alta, que a su vez permite poner en conocimiento del Médico de Atención primaria el proceso realizado, evitando informes de alta enviados por correo ordinario.

En cuanto a recursos sanitarios, ya disponemos de una Unidad de CMA y un equipo, que funciona correctamente en la actualidad, sin que la inclusión de la TOT en UCMA pueda suponerla necesidad de más personal o espacio físico para un correcto funcionamiento.

INDICADORES

Número de procedimientos llevados a cabo mediante CMA e ingreso ordinario en un año (datos obtenidos en lista de espera quirúrgica según inclusión).

Número de consultas en urgencias o ingresos tras el alta desde CMA o ingresos ordinarios en un año (datos obtenidos desde registro urgencias/ingresos en planta de ginecología).

Número de pacientes que precisan ingreso tras la intervención a pesar de estar programados como pacientes de CMA en un año (datos obtenidos de ingresos en planta de ginecología).

DURACIÓN

Previsto iniciar a lo largo de 2018, incluyendo el procedimiento TOT en UCMA a partir de las pacientes ya incluidas en lista de espera quirúrgica.

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 - 2018/0447

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE INFORMES DE ALTA TRAS CIRUGIA DE ALTA RESOLUCION

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ANDREA AGUSTIN OLIVA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MORENO PEREZ RAQUEL
HERNANDEZ ARAGON MONICA
GOMEZ GIMENO ANGELICA
RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL
LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL
DE ANDRES GONZALEZ ROCIO
OTAL LOSPAUS SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Elaboración de plantillas de informe de alta
-Realización de informe de alta tras cada intervención incluida en el programa de CMA y entrega a los pacientes antes del alta hospitalaria. Se inició el proyecto en el plazo estipulado y se lleva a cabo hasta el momento de forma ininterrumpida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con este proyecto se ha mejorado la experiencia de los pacientes, se han optimizado los recursos de la CMA y se ha facilitado la información de la cirugía a los Médicos de Atención Primaria, ya que los informes se copian en la historia electrónica y se facilitan dos copias al paciente, una de ellas para entregar en el Centro de Salud. El indicador a estudio: nº pacientes CMA con informe/nº pacientes CMA= 100%
Se realizó un informe de alta de CMA a todas las pacientes previo al alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No se han incluido las plantillas en los ordenadores del quirófano ni en la historia clínica electrónica junto con el resto de plantillas de informes.
Este proyecto puede continuarse en el tiempo ya que ha cumplido los objetivos y existe una mejor percepción de la CMA por parte de profesionales y pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/447 ===== ***

Nº de registro: 0447

Título
IMPLEMENTACION DE INFORMES DE ALTA TRAS CIRUGIA DE ALTA RESOLUCION

Autores:
AGUSTIN OLIVA ANDREA, MORENO PEREZ RAQUEL, HERNANDEZ ARAGON MONICA, GOMEZ GIMENO ANGELICA, RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL, LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL, DE ANDRES GONZALEZ ROCIO, OTAL LOSPAUS SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
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 Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Jorge de Huesca actualmente se llevan a cabo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0447

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE INFORMES DE ALTA TRAS CIRUGIA DE ALTA RESOLUCION

numerosas intervenciones a través del circuito de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). De este modo se facilita la accesibilidad y el alta precoz de los pacientes tras intervenciones de bajo riesgo quirúrgico que son candidatas a alta hospitalaria en las horas subsiguientes a la cirugía. Algunas de estas intervenciones son: conizaciones cervicales, histeroscopias quirúrgicas, oclusiones tubáricas bilaterales laparoscópicas y colocación de mallas T-O-T (se incluirá próximamente dentro de las cirugías candidatas a CMA)

En la consulta realizada previamente a la intervención, tras una revisión exhaustiva de la historia clínica, se selecciona a las pacientes candidatas a CMA. A las pocas horas de estas cirugías, una vez que las pacientes se han recuperado de la analgesia y se comprueba que existe una buena tolerancia oral, movilidad y micción normal y se han descartado complicaciones, pueden obtener el alta hospitalaria bajo instrucciones y reposo domiciliario. Hasta ahora las pacientes abandonaban el centro con instrucciones médicas y un documento en la que se recogía el tipo de cirugía realizada y las recomendaciones tras la intervención.

RESULTADOS ESPERADOS

Con la incorporación de estas plantillas de informe de alta tras CMA esperamos mejorar la experiencia de nuestras pacientes y facilitar el acceso a la información sobre su intervención, tanto a la paciente como al Médico de Atención Primaria.

MÉTODO

El proyecto que planteamos incorpora plantillas para los informes de alta tras CMA de las siguientes intervenciones: conización cervical, histeroscopia quirúrgica, colocación de malla TOT y oclusión tubárica bilateral. Tras la realización de cada intervención de CMA, los facultativos implicados en la intervención, rellenarán la plantilla de alta CMA con los datos individuales de cada paciente (antecedentes, pruebas realizadas, diagnóstico, hallazgos quirúrgicos y técnicas aplicadas) en el periodo de tiempo transcurrido hasta la siguiente intervención. En el documento se incluyen instrucciones, signos de alarma y recomendaciones que deben seguirse ambulatoriamente tras cada intervención.

Una vez transcurrido el periodo de convalecencia en el postoperatorio inmediato, habitualmente en la sala de despertar de quirófano y en la Unidad de CMA, la enfermera avisa a los facultativos de guardia para confirmar el alta de la paciente. Este facultativo, tras revisar el historial médico, explorar a la paciente y verificar que es candidata a alta hospitalaria, le entregará el informe, quedando una copia del mismo en el historial de la paciente.

INDICADORES

Número de pacientes CMA con informe de alta/ Número de pacientes CMA = 95%

DURACIÓN

Este proyecto se iniciará el 1 de Mayo de 2018 y se realizará durante 1 año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0450

1. TÍTULO

AMPLIACION ESTUDIO POSTMORTEM FETAL

Fecha de entrada: 16/02/2019

2. RESPONSABLE BEATRIZ OBON CASTEL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABAD RUBIO CRISTINA
MACHIN RICOL MARIA PILAR
VICENTE ITURBE MARIA
PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER
ZABAU FERMOSELLE JARA
MAS FORTUÑO JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración protocolo de actuación y manejo para mejorar la atención y garantizar que sea integral, humanizada y científica.
Creación de una guía de actuación que unifica la atención al duelo en la maternidad/paternidad.
Proporcionar recursos en el proceso del duelo: colaboración con psicología, contacto con asociaciones de apoyo tras el alta, consulta específica de seguimiento.
Implementación de Check list del estudio de muerte fetal anteparto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el Hospital San Jorge en el año 2018 se han producido tres óbitos fetales, en los cuales se aplicó el protocolo descrito anteriormente, y que ha permitido hacer un seguimiento individualizado, atendiendo las necesidades específicas en cada caso en particular. De este modo, se han podido detectar algunas alteraciones patológicas que han podido justificar la muerte fetal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pocas veces nos enfrentamos a estos casos, por suerte. La atención profesional requerida va más allá de la estrictamente médica. Nuestra actuación y nuestra actitud no deben empeorar la percepción del momento. Dar la noticia siendo estrictamente "profesionales" puede transmitir frialdad, se debe usar el sentido común sin olvidar la humanización y la empatía hacia los padres que acaban de sufrir la pérdida

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/450 ===== ***

Nº de registro: 0450

Título
AMPLIACION DEL ESTUDIO POSTMORTEM FETAL

Autores:
OBON CASTEL BEATRIZ, ABAD RUBIO CRISTINA, VICENTE ITURBE MARIA, PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER, ZABAU FERMOSELLE JARA, MAS FORTUÑO JOSE MARIA, CORTIZO GARRIDO SANDRA, RODRIGUEZ PUENTE ADRIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el momento actual es estudio que se realiza del feto muerto intrauterino esta limitado a un estudio basico anatomopatologico.
Consideramos que en este momento se puede ampliar el estudio para investigar mas causas posibles y ayudar a las familias, con esta nueva informacion, a sobrellevar el duelo mejor.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0450

1. TÍTULO

AMPLIACION ESTUDIO POSTMORTEM FETAL

RESULTADOS ESPERADOS

Ampliar el estudio de posibles causas de muerte fetal anteparto.
Crear via clinica para facilitar el manejo y resultados del estudio ante este diagnostico.

MÉTODO

Contactar con el servicio de Genetica del Hopital Miguel Servet de Zaragoza (HMSZ) para el envio y analisis de muestras y tejidos.
Contactar con el servicio de Microbiologia del Hopital San Jorge de Huesca para el envio y analisis de muestras y tejidos.
Creacion de infome postmorten para la familia donde se recoja toda la información obtenida en el estudio.
Facilitar a las familias asesoramiento de cara a futuras gestaciones.

INDICADORES

Intentar descubrir, al menos, el 50% de las causas de la mortalidad en este grupo.
Entrega de informe de resultados al 100% de las familias.
Citar en consulta de asesoramiento posterior al 100% de las familias.

DURACIÓN

Contactar con los servicios anteriormente citados en el segundo trimestre del presente año.
Posteriormente elaboracion de la via clinica.

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 - 2018/0595

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREDICCIÓN, DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN PRONÓSTICA DE LA PREECLAMPSIA EN EL CONTROL OBSTÉTRICO

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE LEYRE RUIZ CAMPO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VICENTE ITURBE MARIA
HERNANDEZ ARAGON MONICA
PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER
VELA LETE ANA
CORTIZO GARRIDO SANDRA
FONCILLAS SANZ BEATRIZ
DE ANDRES GONZALEZ ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como se indicó en la memoria de seguimiento a todas las pacientes en la primera visita de embarazo del hospital, se les realiza el screening de riesgo de preeclampsia mediante una adecuada anamnesis y los resultados de la exploración del primer trimestre realizado en la consulta.

Según los criterios de la guía NICE, clasificamos a las pacientes en alto y moderado riesgo de preeclampsia:

- Alto riesgo: antecedente de preeclampsia en gestaciones previas o presencia de enfermedades previas (DM pregestacional, HTA, enfermedad renal, enfermedad autoinmune o lupus, SAF)

- Riesgo moderado: en función de la paridad, edad materna (>40 años), IMC >30, intervalo intergenésico >10 años, gestación múltiple, antecedentes familiares de preeclampsia y alteraciones en la medición de IPmAut.

En estas pacientes se instaura tratamiento profiláctico la administración de ácido acetilsalicílico en dosis bajas (en nuestro centro administramos 100 mg/día) que en teoría puede evitar aproximadamente un 10% de los casos de PE, siempre que se comience a administrar durante la primera mitad del embarazo (antes de las 16 semanas) y en gestantes de riesgo alto.

Todas las embarazadas que inician tratamiento profiláctico están incluidas en nuestro protocolo de estudio y es en las que tendríamos que determinar en la semana 24 el cociente sFlt-1/PlGF. La determinación de biomarcador permite ayudar en el diagnóstico y predicción de preeclampsia.

La determinación de este cociente no se ha podido realizar en nuestro centro ni en el laboratorio del hospital de referencia. Aunque se han remitido ciertas muestras desde el hospital de referencia a otros laboratorios para su estimación, el tiempo de espera entre la extracción de la muestra y el resultado del cociente se demoraba unos días, con lo cual la utilidad de obtener un valor determinado que ayudara a mejorar la toma de decisiones en las gestaciones de riesgo, o derivar pacientes a centros de III nivel con diagnóstico precoz de patología, o tener una herramienta para diagnóstico diferencial en casos dudosos o atípicos, no se encontraba, por lo que se dejaron de mandar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2018 se atendieron un total de 609 pacientes. De ellas 53 casos se incluyeron en el estudio y se administró tratamiento profiláctico con AAS 100 desde el primer trimestre de la gestación por riesgo de preeclampsia moderado/grave. Esto supone un 8% de la población gestacional, un poco más alto de la proporción esperada al inicio del proyecto.

Se registraron 5 casos de preeclampsia que finalizaron la gestación en el HSJ. De ellos 3 casos se encontraban con tratamiento profiláctico desde el primer trimestre de la gestación, y otros 2 eran pacientes sin factores de riesgo al inicio del embarazo.

Se remitieron a Hospital de III nivel de referencia 9 casos con diagnóstico de preeclampsia grave o asociada a otras condiciones materno-fetales que requerían manejo allí. De esos 9 casos 6 se encontraban en el estudio con tratamiento asociado y 3 no.

Los datos de nuestra muestra concuerdan con los hallazgos en la bibliografía en los que se estima que la prevalencia de preeclampsia es aproximadamente un 2% (en nuestras pacientes 2,2%)

9 de los casos con diagnóstico de preeclampsia eran pacientes que al inicio de gestación presentaban riesgo moderado-severo para su padecimiento y en las que se instauró el tratamiento, y en las otras 5 en las que no se instauró la profilaxis y finalmente desarrollaron esta patología se revisó de nuevo la historia clínica y en 4 de los casos no se cumplían los criterios, pero en 1 de ellos si que se debería haber iniciado dicho tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la realización del proyecto hay que recalcar la importancia de realizar una adecuada anamnesis en el primer trimestre y en sucesivas visitas gestacionales, para estimar el riesgo individual de las embarazadas a preeclampsia y poder instaurar tratamiento profiláctico que permita disminuir la morbimortalidad materno-fetal en aquellas gestaciones de riesgo. Es fundamental para poder implantar posteriormente los biomarcadores que sepamos realizar una correcta identificación de gestantes en las que los aplicaremos, ya que debido al coste que suponen, no es factible hoy por hoy determinarlos en la población general.

Queda pendiente poder instaurar la determinación del cociente sFlt-1/PlGF en nuestro laboratorio o en el de referencia que permita obtener el resultado de forma rápida y sin demora de días para poder ayudar en la toma de decisiones o predecir la evolución o el desarrollo de un preeclampsia en los días sucesivos. Este biomarcador permite obtener una prueba reproducible y objetiva que es fácil de obtener cuando se dispone del kit para su estimación, que presenta una elevada especificidad para predecir complicaciones en las pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0595

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREDICCIÓN, DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN PRONÓSTICA DE LA PREECLAMPSIA EN EL CONTROL OBSTETRICO

y que requiere menos experiencia para su interpretación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/595 ===== ***

Nº de registro: 0595

Título
PROTOCOLO DE PREDICCIÓN, DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN PRONÓSTICA DE LA PREECLAMPSIA EN EL CONTROL OBSTETRICO

Autores:
RUIZ CAMPO LEYRE, VICENTE ITURBE MARIA, HERNANDEZ ARAGON MONICA, PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER, VELA LETE ANA, CORTIZO GARRIDO SANDRA, FONCILLAS SANZ BEATRIZ, DE ANDRES GONZALEZ ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
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.....:

PROBLEMA
La preeclampsia (PE) que afecta al 2% de los embarazos, es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Las distintas sociedades científicas recomiendan que en la primera visita de control prenatal se calcule el nivel de riesgo para PE, a través de las características maternas (edad, índice de masa corporal (IMC), historia previa e historia familiar). El objetivo de realizar esta identificación precoz de pacientes con riesgo elevado es realizar una supervisión intensiva tanto materna como fetal, que permita establecer un diagnóstico más temprano de PE, y mitigar los posibles resultados adversos que se derivan de la misma.
Hoy en día se sabe que esta patología se asocia al 10-15% de las muertes maternas relacionadas con la gestación. A nivel perinatal, esta enfermedad representa el 20-25% de toda la mortalidad perinatal, principalmente secundaria a la finalización iatrogénica del embarazo de forma prematura.
En esta enfermedad se produce un fallo en la implantación placentaria con una disfunción subsiguiente, que provoca una expresión alterada de los factores angiogénicos y antiangiogénicos, como el factor de crecimiento placentario (PlGF) y la forma soluble de la tirosina quinasa-1 (sFlt-1). Los niveles del primero se ven reducidos y los del segundo se encuentran muy aumentados. Se han desarrollado test automatizados para la medición rápida y sencilla de estos marcadores.
Resultado especialmente útil como ayuda al diagnóstico y predicción de la preeclampsia calcularlo en forma de cociente (sFlt-1/PlGF). Se ha tomado como punto de corte el valor de sFlt-1/PlGF de 85 que permite diagnosticar la preeclampsia temprana con una sensibilidad del 89% y una especificidad del 97%.
La optimización de la actitud médica ante la PE resulta ser hasta el momento el único factor pronóstico modificable de la PE y basándonos en la evidencia científica y las guías de actuación, se disminuyen sustancialmente las complicaciones maternas cuando se realiza un manejo estandarizado respecto a uno que no. Se propone introducir un protocolo de manejo para gestantes de alto riesgo de PE, basado en controles de consulta prenatal, realización de estudio Doppler de arterias uterinas e implantación del cociente sFlt-1/PlGF.

RESULTADOS ESPERADOS

- Seleccionar gestantes de alto riesgo para PE en la consulta de obstetricia y de Atención primaria lo antes posible. Se estima que supondrá un 5% de la población general de gestantes.
- Integrar marcadores angiogénicos en la práctica clínica para el correcto seguimiento de los embarazos.
- Mejorar la toma de decisiones en gestaciones de riesgo de sufrir complicaciones derivadas de la función placentaria defectuosa.
- Disminución de actuaciones iatrogénicas evitables.
- Permitir derivaciones de pacientes a centros de III nivel, con diagnóstico precoz.
- Permitir obtener una herramienta adicional para el diagnóstico diferencial de casos dudosos o atípicos.
- Uso eficiente y optimizado de recursos sanitarios.
- Mejorar los resultados maternos y perinatales de las pacientes con PE.
- Mejora de la calidad asistencial.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0595

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE PREDICCIÓN, DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN PRONÓSTICA DE LA PREECLAMPSIA EN EL CONTROL OBSTETRICO

- Mejora de la percepción asistencial por parte de la paciente y su familia.

MÉTODO

Implantación de un protocolo de predicción, diagnóstico y valoración pronóstica de la preeclampsia en el control obstétrico.

En una primera fase se seleccionaran las gestantes de alto riesgo, que serán incluidas en este protocolo de seguimiento. Se realizará mediante una combinación de datos de la historia clínica, exploración materna y ecográficos (estudio Doppler de arterias uterinas).

En la fase de seguimiento intensivo, se realizará un empleo racional del cociente sFlt-1/PlGF y sus puntos de corte establecidos en las gestantes seleccionadas en la primera fase. La primera medición de este valor se determinará a partir de la semana 20 (momento óptimo entre la 24 y la 26) y en función de los puntos de corte establecidos se establecerá el seguimiento más adecuado.

Se comunicará el nuevo protocolo para que las matronas de atención primaria, identifiquen en la captación de embarazo a aquellas pacientes que cumplan los criterios de inclusión del protocolo.

INDICADORES

Número de pacientes incluidas en protocolo/Número total de gestantes de nuestra consulta.

Número de determinaciones cociente sFlt-1/PlGF realizadas en total.

Número de determinaciones cociente sFlt-1/PlGF con resultado >85 antes de la aparición clínica de síntomas.

Número de determinaciones cociente sFlt-1/PlGF con resultado >655 que han precisado finalizar gestación en menos de 48 horas.

Pacientes con diagnóstico de preeclampsia que no hayan sido incluidas en el estudio.

DURACIÓN

Previsto iniciar a lo largo de 2018. En cuánto se disponga del test en el laboratorio.

Mayo-Junio: elaborar documentos.

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 - 2018/0330

1. TÍTULO

CONDUCTA PERIOPERATORIA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA DE CATARATA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE LUIS LALIENA SANTAMARIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SOLER MACHIN JAVIER
JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA
ARA GABARRE MIRIAN
FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO
GINER MUÑOZ MARIA LUISA
GUTIERREZ RUIZ FERNANDO
MARTINEZ VELEZ MIREYA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Búsqueda bibliográfica relacionada.
-Comunicación con el Servicio de Hematología.
-Comunicación con el Servicio de Anestesia y Reanimación.
-Sesión clínica interna (Oftalmología) para acordar criterios en los que se actuará de otra forma (es decir, en qué casos sí se suspenderán los anticoagulantes antes de la cirugía de la catarata).

Fruto de estas acciones se ha elaborado un protocolo de actuación en cirugía de catarata, consensuado con Anestesia, para proceder en dichas situaciones. Se ha puesto en conocimiento de Lista de Espera Quirúrgica, que ha creado una nueva prestación (código) que indica a los anestesiólogos si deben dar pauta de retirada de anticoagulantes en el momento en que los pacientes son citados en el preoperatorio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se planeó comenzar con el programa el 1-9-18, pero no fue hasta el 1-11-18 que se inició la recogida de datos, cuando se subsanaron problemas de coordinación con Anestesia propios de la puesta en marcha de una iniciativa. Se plantea intervenir a los pacientes de catarata sin retirar su medicación anticoagulante en caso de que la tome, siempre y cuando la exploración oftalmológica considere la catarata como no complicada a priori, es decir, exista buena midriasis, no existan otros factores como pseudoexfoliación y/o la dureza de la misma no sea extrema.

Sobre la idea inicial se decidió a posteriori incluir en la base de datos a todos los pacientes que tomaran también también algún antiagregante, con los mismos criterios expuestos anteriormente.

Desde el 1-11-18 hasta el 8-2-19 se han recogido datos de 62 pacientes que toman cualquier anticoagulante y/o antiagregante. De éstos, 24 pacientes toman anticoagulantes (14 pacientes Sintrom, 4 pacientes Xarelto, 4 pacientes Eliquis y 2 pacientes Pradaxa). A su vez, de estos 24 pacientes, 2 de ellos asociaban un anticoagulante y un antiagregante (1 paciente Sintrom y Adiro 100, y 1 paciente Eliquis y Adiro 100). El resto, 38 pacientes, tomaban antiagregantes. De éstos, 26 pacientes tomaban Adiro 100, 6 pacientes Clopidogrel, 3 pacientes Adiro 300, 2 pacientes Tromalyt y 1 paciente Plavix. A su vez, de estos 26 pacientes, 2 de ellos asociaban más de 1 antiagregante (Clopidogrel y Adiro 100).

Los indicadores evaluados para monitorizar el proyecto son:

-Número de pacientes intervenidos con anticoagulación: 24 pacientes.

-Número de suspensiones quirúrgicas por alteración de la coagulación el día de la intervención: ningún paciente se ha suspendido por este motivo.

-Número de pacientes que han tenido algún tipo de incidente durante la cirugía relacionado (sangrado): 1 paciente (1,6% del total evaluado) sufrió un sangrado en cámara anterior tras impactar una cánula con iris (tomaba Clopidogrel)

-Número de pacientes que han requerido maniobras y/o tratamiento intra o postoperatorios por eventos relacionados: 1 paciente (1,6% del total evaluado) requirió lavado de cámara anterior y se dejó viscoelástico ante sangrado que no cede (es el mismo paciente comentado en el punto anterior). Preciso volver a quirófano 18 días después para nuevo lavado de cámara anterior, siendo resolutive esta cirugía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados avalan no retirar sistemáticamente dicho tratamiento en estas situaciones, como ya realizan otros centros sanitarios del entorno. Se pretende no suspenderlo salvo que el oftalmólogo crea conveniente por las características del caso que se deba proceder de otra forma.

Ha sido muy útil en nuestro caso que se involucre el Servicio de Admisión (a través de Lista de Espera

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0330

1. TÍTULO

CONDUCTA PERIOPERATORIA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA DE CATARATA

Quirúrgica) en el proceso, para coordinar los Servicios de Oftalmología y Anestesia, aprovechando la consulta preoperatoria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/330 ===== ***

Nº de registro: 0330

Título
CONDUCTA PERIOPERATORIA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA DE CATARATA

Autores:
LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS, SOLER MACHIN JAVIER, JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA, ARA GABARRE MIRIAN, FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO, GINER MUÑOZ MARIA LUISA, GUTIERREZ RUIZ FERNANDO, MARTINEZ VELEZ MIREYA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente los pacientes que van a ser intervenidos de catarata y que toman por cualquier causa anticoagulantes reciben instrucciones para abandonar dicho tratamiento temporalmente. Existe bibliografía suficiente que avala no retirar sistemáticamente dicho tratamiento en estas situaciones, como ya realizan otros centros sanitarios del entorno. Se pretende no suspenderlo salvo que el oftalmólogo crea conveniente por las características del caso que se deba proceder de otra forma. Es necesario la colaboración de Hematología, así como que Anestesia conozca y apruebe también la nueva pauta de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos del proyecto:
Realizar la cirugía de catarata con seguridad en pacientes anticoagulados sin retirar dicha medicación.

Población diana: pacientes pendientes de intervención de catarata, independientemente de su edad y/o sexo, que tomen anticoagulantes.

Servicio al que se dirige:
Oftalmología

Otros Servicios implicados:
Hematología y Anestesia

MÉTODO
Las acciones previstas incluyen:
-Búsqueda bibliográfica relacionada.
-Comunicación con el Servicio de Hematología.
-Comunicación con el Servicio de Anestesia y Reanimación.
-Sesión clínica interna (Oftalmología) para acordar criterios en los que se actuará de otra forma.
-No se requieren recursos materiales adicionales.
-No afecta a la oferta de servicios ofrecidos.

INDICADORES
Los indicadores para monitorizar el proyecto son:
-Número de pacientes intervenidos con anticoagulación
-Número de suspensiones quirúrgicas por alteración de la coagulación el día de la intervención.
-Número de pacientes que han tenido algún tipo de incidente durante la cirugía relacionado (sangrado).
-Número de pacientes que han requerido maniobras y/o tratamiento intra o postoperatorios por eventos relacionados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0330

1. TÍTULO

CONDUCTA PERIOPERATORIA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA DE CATARATA

DURACIÓN

Se espera comenzar en mayo de 2018 con el proyecto y poder ofrecer resultados al finalizar el año. Si el número de pacientes ofreciese escasa casuística, se ampliaría el plazo unos meses más hasta completar al menos un año.

OBSERVACIONES

Aunque en población diana se pone que va dirigido a ancianos, en realidad va para adultos/ancianos, y en general para todos los pacientes, de cualquier edad, que se intervengan de catarata en nuestro centro y a la vez tomen tratamiento anticoagulante.

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 - 2018/1517

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO ONCOLOGICO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ALEXIA FERNANDEZ RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MADANI PEREZ JULIA
LASTRA DEL PRADO RODRIGO
MILLASTRE BOCOS ESTHER
ESCOLANO PUEYO ANGEL
GROS SANAGUSTIN LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado la revisión bibliográfica y según ficha técnica de las toxicidades más frecuentes secundarias a los tratamientos oncológicos aprobados en la actualidad en el España.
Se ha redactado un nuevo documento de consentimiento informado para la administración de tratamiento oncológico, revisado por el equipo médico de la Unidad clínica de oncología, enfermería, y farmacia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aprobación del documento de consentimiento por la comisión de documentación clínica del centro hospitalario.
Firma de dos copias del nuevo documento de consentimiento informado previas al inicio del tratamiento oncológico por parte del paciente y médico prescriptor del tratamiento, independientemente de la línea y esquema iniciados.
Posteriormente entrega al paciente de una de las dos copias firmadas del documento de consentimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han llevado a cabo todos los objetivos propuestos en el proyecto, consiguiendo la optimización y actualización del documento de consentimiento informado que reciben los pacientes previo a recibir tratamiento oncológico especificándose las toxicidades más frecuentes secundarias a los tratamientos utilizados en la actualidad.
Además se entrega una copia del nuevo consentimiento informado al paciente especificando el diagnóstico oncológico, el tratamiento que inicia y las principales toxicidades derivadas de este para su revisión y consulta tanto por parte del paciente como por otros profesionales sanitarios que lo requieran (atención primaria, servicio de urgencias, etc)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1517 ===== ***

Nº de registro: 1517

Título
OPTIMIZACION DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO ONCOLOGICO

Autores:
FERNANDEZ RUIZ ALEXIA, MADANI PEREZ JULIA, LASTRA DEL PRADO RODRIGO, MILLASTRE BOCOS ESTHER, ESCOLANO PUEYO ANGEL, GROS SANAGUSTIN LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dada la aprobación de nuevos tratamientos oncológicos, como agentes biológicos e inmunoterápicos, con un

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1517

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO ONCOLOGICO

espectro de toxicidad totalmente diferente al de la quimioterapia convencional surge la necesidad de modificar y renovar el documento de consentimiento informado el tratamiento de los pacientes oncológicos. De esta forma, además de mejorar la información aportada al paciente sería de utilidad para la colaboración y el control sintomático por parte de atención primaria o los servicios de urgencias con el fin de mejorar la asistencia a este perfil de pacientes de difícil manejo.

RESULTADOS ESPERADOS

Optimización del documento de consentimiento informado dirigido a todos los pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna candidatos a administración de tratamiento oncológico oral o intravenoso por parte del servicio de oncología médica.

Actualización con firma de nuevo consentimiento informado al inicio de cada línea de tratamiento y se entregará copia especificando el esquema de tratamiento para disposición del paciente y su médico de atención primaria.

MÉTODO

Revisión bibliográfica y en ficha técnica de las toxicidades más frecuentes de los tratamientos oncológicos aprobados actualmente.

Redacción del nuevo documento de consentimiento informado.

Reunión con farmacia y enfermería para revisión y modificación del consentimiento informado.

Envío para valoración y aprobación por la Comisión de documentación clínica.

Sustitución del antiguo documento e inicio de entrega de dos copias firmadas del nuevo consentimiento informado a todos los pacientes que inicien un nuevo tratamiento oncológico.

INDICADORES

A FECHA 30/11/18: Aprobación del nuevo documento de consentimiento informado para tratamiento oncológico por la Comisión de Documentación Clínica.

A FECHA 1/12/18: Entrega del nuevo documento de consentimiento informado para tratamiento oncológico al 100% de los pacientes que inician nuevo esquema de tratamiento, independientemente de la línea que comiencen.

DURACIÓN

1/7/2018 - 30/9/2018: Revisión bibliográfica y ficha técnica de toxicidad de los tratamientos oncológicos.

1/10/2018 - 1/11/2018: Reunión con farmacia y enfermería para su revisión y modificación.

1/11/2018 - 30/11/2018: Envío y aprobación por la Comisión de Documentación Clínica.

Desde el 1/12/2018: Sustitución del anterior y entrega del nuevo consentimiento informado.

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 - 2018/1519

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS: QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS E INMUNOTERAPIA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE JULIA MADANI PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERNANDEZ RUIZ ALEXIA
LASTRA DEL PRADO RODRIGO
MILLASTRE BOCOS ESTHER
ALLUE FANTOVA NATALIA
SERRANO VICENTE MARIA CARMEN
VIÑUALES ARMENGOL CARMEN
MATAS PALOMARES OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Entre los meses de Julio 2018 y Octubre 2018 se realizó por parte del oncólogo una revisión y actualización de los protocolos de administración de tratamiento de los tumores digestivos de origen colorrectal así como de los tumores ginecológicos adecuándolos a las guías NCCN 2018 y últimas aprobaciones de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Aemps).

2. A lo largo de Noviembre 2018 y Diciembre 2018 se completó por parte del oncólogo la actualización de esquemas de tratamiento del resto de tumores: mama, pulmón, cabeza y cuello, tumores cutáneos y tumores urológicos.

3. A su vez se revisó la premedicación de dichos esquemas terapéuticos adecuándolos a las últimas guías para la prevención de náuseas y vómitos de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) publicadas en 2016.

4. Se realizó un documento Word para cada tipo de tumor con sus correspondientes esquemas de tratamiento y premedicaciones actualizadas tanto para enfermedad localizada como diseminada.

5. Se realizó una puesta en común con el Servicio de Farmacia y enfermería por un lado en Octubre 2018 con la primera parte de los protocolos revisados y en Diciembre 2018 con la segunda parte actualizada.

6. En Enero 2019 puesta en marcha del proyecto con la actualización paulatina por parte del Servicio de Farmacia de los esquemas terapéuticos en el programa informático Farmis - Oncofarm 3.0 ®

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. NÚMERO DE ESQUEMAS TERAPÉUTICOS ELIMINADOS : 36,89 %
- Fórmula : N° de esquemas eliminados x 100/ N° total de esquemas previos a la actualización
 $107 \times 100 / 290 = 36,89 \%$
- Fuente : Base de datos del programa Farmis - Oncofarm ®
- Estándar : > 30 %

2. NÚMERO DE ESQUEMAS TERAPÉUTICOS NUEVOS : 27,66%
- Fórmula : N° de esquemas nuevos x 100/ N° total de esquemas tras la actualización
 $70 \times 100 / 253 = 27,66\%$
- Fuente : Base de datos del programa Farmis - Oncofarm ®
- Estándar : 30 %

3. NÚMERO DE ESQUEMAS TERAPÉUTICOS EN LOS QUE SE MODIFICA LA PREMEDICACIÓN: 100%
- Fórmula : N° de esquemas terapéuticos en los que se modifica la premedicación x 100 / N° total de esquemas terapéuticos
 $253 \times 100 / 253 = 100\%$
- Fuente : Base de datos del programa Farmis - Oncofarm ®
- Estándar : > 75 %

4. REDUCCIÓN DEL TIEMPO DE ESTANCIA EN HOSPITAL DE DÍA DE ONCOLOGÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PREMEDICACIÓN: 20 minutos.
- Fórmula: Tiempo de estancia en Hospital de Día de Oncología para la administración de la premedicación antes de la actualización - Tiempo de estancia después de la actualización : 45 minutos - 25 minutos : 20 minutos.
- Fuente : Programa Farmis - Oncofarm ®
- Estándar : 20 minutos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la revisión de los esquemas terapéuticos, al introducir nuevas terapias acordes con las últimas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1519

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS: QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS E INMUNOTERAPIA

aprobaciones y al eliminar aquellos esquemas fuera de práctica clínica, hemos cumplido uno de los objetivos de nuestro proyecto que era optimizar la calidad de la atención en la consulta de Oncología Médica.

Otro objetivo cumplido es que al reducir el número de fármacos administrados como premedicación se ha conseguido disminuir el tiempo de estancia en Hospital de Día en aproximadamente 20 minutos por paciente.

En el momento inicial se planteo como indicador el número de pacientes por día a los que se administra tratamiento antes y después de las modificaciones. Con la actualización de la premedicación ganamos una media de tres horas al día en Hospital de Día de Oncología que se pueden ocupar tanto para la administración de quimioterapia de corta duración como de terapias de soporte (por ejemplo hierro intravenoso). Pero no siempre las tres horas equivalen a 3 tratamientos (pacientes). El número de pacientes viene limitado por el tiempo que se tarda en validar el tratamiento, preparar la medicación o por el tiempo de infusión del fármaco.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1519 ===== ***

Nº de registro: 1519

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS : QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS E INMUNOTERAPIA

Autores:
MADANI PEREZ JULIA, FERNANDEZ RUIZ ALEXIA, LASTRA DEL PRADO RODRIGO, MILLASTRE BOCOS ESTHER, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, VIÑUALES ARMENGOL CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA, MATAS PALOMARES OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Oncología, los avances en el tratamiento que se han venido desarrollando en las últimas décadas han supuesto un cambio en las posibilidades de curación y en los tiempos de supervivencia de muchos tipos de cáncer. La complejidad creciente de los tratamientos oncológicos (quimioterapia, anticuerpos monoclonales, inhibidores tirosín-quinasa, inmunoterapia y combinaciones de ellos) hace imprescindible no sólo una revisión sino también una actualización de los protocolos de administración de dichas terapias. Todo ello resulta útil para optimizar tanto la atención inicial en la consulta como durante la administración de tratamiento oncológico en el hospital de día.

RESULTADOS ESPERADOS

Revisión de la premedicación de todos los esquemas terapéuticos cuyo objetivo sea:

- Adecuarla a las últimas guías clínicas de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) para la prevención de náuseas y vómitos.
- Disminuir el número de fármacos administrados como premedicación en esquemas seleccionados de quimioterapia, anticuerpos monoclonales e inmunoterapia.
- Disminuir tiempo de estancia en hospital de día.

Revisión y actualización de los esquemas terapéuticos cuyo objetivo sea :

- Introducir nuevas terapias acorde con las últimas aprobaciones.
- Eliminar aquellos esquemas terapéuticos que han quedado fuera de la práctica clínica actual.
- Optimizar la calidad de la atención en la consulta de oncología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1519

1. TÍTULO

REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS: QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS E INMUNOTERAPIA

MÉTODO

En primer lugar se realizará por parte del oncólogo una revisión progresiva de los protocolos de administración de tratamiento oncológico según patología : digestivo colorrectal, digestivo no colorrectal, tumores ginecológicos, mama, pulmón, tumores cutáneos, cabeza y cuello, sarcomas y tumores urológicos.

En segundo lugar se hará una puesta en común con el servicio de farmacia y con enfermería para mejoras y modificaciones.

Por último lugar un farmacéutico introducirá y actualizará de manera paulatina los protocolos en el programa informático Farmis para su posterior puesta en marcha.

INDICADORES

Número de esquemas terapéuticos nuevos introducidos respecto al total.

Número de esquemas terapéuticos eliminados respecto al total.

Número de esquemas terapéuticos en los que se modifica la premedicación respecto al total.

Tiempo de estancia en el hospital de día para la administración de terapia oncológica antes y después de la modificación de los esquemas de premedicación.

Número de pacientes por día a los que se administra tratamiento por parte de la unidad de oncología antes y después de revisar los protocolos terapéuticos.

DURACIÓN

Revisión y actualización de los protocolos entre los meses de Julio a Octubre.

Puesta en común de los protocolos actualizados con el servicio de farmacia e incorporación paulatina en el programa informático Farmis durante Noviembre - Diciembre.

Puesta en marcha del proyecto en Diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1567

1. TÍTULO

INFORME MEDICO ORIENTATIVO SOBRE LA ADAPTACIONAUDIOPROTESICA, EN PACIENTES CON HIPOACUSIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE SILVIA HERRERA TOLOSANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES
ESCOLAN GELOS ANGEL
FONTANA CALVO MARIA ISABEL
GASCON RUBIO MARIA CRISTINA
ROMERO MAURA JOSE MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Elaboración de un modelo de informe para los pacientes que son valorados en las Consultas de ORL y precisan adaptación protésica.
- Entrega del informe al paciente durante la consulta
- Encuesta de utilidad del informe:
- Se le ha entregado el informe SI / NO
- Grado de utilidad en la adaptación protésica mucho / bastante/ indiferente / poco / nada.
- Grado de satisfacción información para la adaptación: mucho / bastante/ indiferente / poco / nada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-% de pacientes que precisan audioprótesis y reciben el informe: standard marcado 90 %, alcanzado 75%
-% pacientes que consideran útil la información : 100 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los pacientes se encuentran muy satisfechos de acudir al audioprotésita con un informe elaborado por su médico otorrinolaringólogo responsable, en el que indique su patología las pruebas realizadas y sus resultados. Los audioprotésitas valoran positivamente esta información valiosa del paciente, que mejora la calidad de su adaptación protésica posterior. Como lecciones aprendidas al evaluarla es que no todos los profesionales del servicio entregamos el informe y que hay que hacer un esfuerzo porque todos los pacientes se vayan con el mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1567 ===== ***

Nº de registro: 1567

Título
INFORME MEDICO ORIENTATIVO SOBRE LA ADAPTACIONAUDIOPROTESICA, EN PACIENTES CON HIPOACUSIA

Autores:
HERRERA TOLOSANA SILVIA, BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES, ESCOLAN GELOS ANGEL, FONTANA CALVO MARIA ISABEL, GASCON RUBIO MARIA CRISTINA, ROMERO MAURA JOSE MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los especialistas en Otorrinolaringología realizamos la prescripción de las prótesis auditivas y son

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1567

1. TÍTULO

INFORME MEDICO ORIENTATIVO SOBRE LA ADAPTACION AUDIOPROTESICA, EN PACIENTES CON HIPOACUSIA

finalmente los audioprotesistas quienes realizan la adaptación de los pacientes.
La correcta adaptación depende en gran medida de la información de la que dispongan en los gabinetes de audioprotésis, conocimiento de patologías concomitantes, antecedentes quirúrgicos y otoscopia.

RESULTADOS ESPERADOS

- Conseguir la unificación y precisión de la información que se proporciona a los pacientes que precisan una adaptación protésica.
- Entregar un informe para que los pacientes dispongan de toda la información para entregar a los audipotesistas para la adaptación de las prótesis auditivas más adecuadas a sus necesidades
- Alcanzar una mayor seguridad y calidad en la adaptación protésica

MÉTODO

- Elaboración de un modelo de informe para los pacientes que son valorados en las Consultas de ORL y precisan adaptación protésica
- Entrega del informe al paciente durante la consulta
- Encuesta de utilidad del informe:
- Se le ha entregado el informe SI / NO
- Grado de utilidad en la adaptación protésica mucho / bastante / indiferente / poco / nada
- Grado de satisfacción información para la adaptación: mucho / bastante / indiferente / poco / nada

INDICADORES

- % de pacientes que precisan audioprotésis y reciben el informe (>=90%)
- % pacientes que consideran útil la información (>= 90%)

DURACIÓN

- Elaboración del informe: antes del 15 de septiembre
- Entrega del informe y encuesta: desde 15 septiembre. Las encuestas se entregarán en las sucesivas consultas.
- Análisis de resultados provisionales: A los 3 meses del inicio de las actividades

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 - 2018/1568

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE INGRESADO EN ORL

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA CRISTINA GASCON RUBIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES
ESCOLAN GELOS ANGEL
FONTANA CALVO MARIA ISABEL
HERRERA TOLOSANA SILVIA
ROMERO MAURA JOSE MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Elaboración de una hoja informativa para los pacientes ingresados en ORL
- Entrega de la hoja al paciente al ingreso
- Encuesta de satisfacción:
- Se le ha entregado la hoja SI / NO
- Ha sido útil la información aportada SI /NO
- Grado de satisfacción: mucho / bastante/ indiferente / poco / nada

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- % de pacientes ingresados que reciben hoja informativa standar: 90 %, alcanzado : 90%
- % pacientes que consideran útil la información: standar 90 %, alcanzado:100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los pacientes encuentran útil la información aportada, con bastante grado de satisfacción, ya que les da seguridad al conocer su proceso durante el ingreso y donde acudir a pedir información si durante el pase de planta no ha podido estar el acompañante o surgen dudas después.
Conclusión: Tenemos que intentar que al 100% de los pacientes se les entregue la hoja informativa, implicando a otros estamentos de la atención sanitaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1568 ===== ***

Nº de registro: 1568

Título
MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE INGRESADO EN ORL

Autores:
GASCON RUBIO MARIA CRISTINA, BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES, ESCOLAN GELOS ANGEL, FONTANA CALVO MARIA ISABEL, HERRERA TOLOSANA SILVIA, ROMERO MAURA JOSE MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los profesionales sanitarios asumimos que el paciente tiene toda la información clínica relevante referida a su proceso asistencial. A veces queda pendiente otro tipo de información complementaria que favorece la calidad percibida por el paciente con respecto a su ingreso hospitalario. No siempre el acompañante o persona responsable está presente en el pase de visita y de esta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1568

1. TÍTULO

MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE INGRESADO EN ORL

forma se indica cómo la puede recibir y quienes forman el equipo que va a realizar la atención. La información acerca de su proceso es un punto débil en la mayoría de encuestas realizadas a usuarios de la sanidad pública.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar la calidad percibida por los pacientes ingresados en el Servicio de ORL a través de la mejora de la información en fondo y forma que se les proporciona por parte del profesional sanitario.

MÉTODO

- Elaboración de una hoja informativa para los pacientes ingresados en ORL
- Entrega de la hoja al paciente al ingreso
- Encuesta de satisfacción:
- Se le ha entregado la hoja SI / NO
- Ha sido útil la información aportada SI /NO
- Grado de satisfacción: mucho / bastante/ indiferente / poco / nada

INDICADORES

- % de pacientes ingresados que reciben hoja informativa (>= 90%)
- % pacientes que consideran útil la información (>= 90%)

DURACIÓN

- Elaboración de la hoja: antes del 15 de septiembre
- Entrega hoja informativa y encuesta: desde 15 septiembre en adelante
- Análisis de resultados provisionales: a los 3 meses del inicio de las actividades

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 - 2018/0278

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA NEONATAL MEDIANTE LA INCLUSION DEL DESPISTAJE DE LA INFECCION CONGENITA DE CITOMEGALOVIRUS

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR SANZ DE MIGUEL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABIO ALBERO SONIA
CALVO AGUILAR JOSEFA
SAN AGUSTIN PERIE CARMEN
REDON LABARTA MONTSERRAT
BELLON CLAVER PILAR
LOPEZ UBEDA MARTA
PABLO ZARO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

DURANTE EL MES DE MAYO SE REUNIÓ EL EQUIPO COORDINADOR Y REVISANDO LA BIBLIOGRAFÍA EXISTENTE REALIZO UN PROTOCOLO ACTUALIZADO DE ESTUDIO DE DESPISTAJE DE HIPOACUSIA NEONATAL: REGISTRÁNDOSE TODOS LOS PACIENTES CON OEA (OTOEMISIONES ACÚSTICAS) ALTERADAS, LAS PETICIONES REALIZADAS DE PEAT Y LOS RESULTADOS PATOLÓGICOS ENCONTRADOS. INCLUYENDO TRAS LA SEGUNDA OEA ALTERADA LA DETECCIÓN DE INFECCIÓN CONGÉNITA POR CMV (MEDIANTE PCR EN ORINA), CON INCLUSIÓN DE UNA HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INICIO DEL TRATAMIENTO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

DURANTE EL PERÍODO DEL 18 DE MAYO DE 2018 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018, SE REALIZARON UN TOTAL DE 597 OEA, TENIENDO QUE REPETIRSE 11 EN LA SEGUNDA SEMANA DE VIDA, DE LAS CUALES 9 FUERON NORMALES. EN LOS DOS PACIENTES CON OEA REPETIDA NEGATIVA SE SOLICITO RECOGIDA DE ORINA PARA DESPISTAJE DE CITOMEGALOVIRUS, DETECTÁNDOSE UN CASO POSITIVO CON PEAT COMPATIBLE CON HIPOACUSIA BILATERAL MODERADA. EL OTRO PACIENTE CON OEA NEGATIVA, SE REPITIÓ AL MES PERSISTIENDO ALTERADO DE FORMA UNILATERAL. SE SOLICITARON PEAT QUE FUE COMPATIBLE CON HIPOACUSIA IZQUIERDA LEVE. GRACIAS A LA INSTAURACIÓN DE DICHO PROTOCOLO DE DESPISTAJE SE LOGRO DETECTAR A LOS 16 DÍAS DE VIDA, UN CASO DE INFECCIÓN NEONATAL POR CITOMEGALOVIRUS QUE PERMANECÍA CLÍNICAMENTE ASINTOMÁTICO Y SE INICIO TRATAMIENTO CON VALGANCICLOVIR, QUE HA CONTINUADO DURANTE 6 MESES. EN EL CONTROL LA HIPOACUSIA HA PASADO DE MODERADA A MODERADA-LEVE, PENDIENTES DE FINALIZAR TRATAMIENTO.

INDICADORES:

Nº PACIENTES AFECTOS DE INFECCIÓN POR CMV CONGÉNITO /TOTAL PACIENTES CON OEA ALTERADAS:1/11

Nº PEAT SOLICITADOS /TOTAL PACIENTES CON OEA REALIZADAS:2/597

Nº PACIENTES AFECTOS DE INFECCIÓN POR CMV CONGÉNITO /PEAT REALIZADOS: 1/2

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA INSTAURACIÓN DEL PROTOCOLO DE DETECCIÓN PRECOZ HA SIDO MUY BIEN ACOGIDA POR EL SERVICIO, PERMITIENDO EL TRATAMIENTO PRECOZ DE UN PACIENTE QUE DE OTRA MANERA SE HUBIERA DETECTADO DE MANERA TARDÍA. COMO POSIBLE PROPUESTA DE MEJORA, SE PLANTEA LA CREACIÓN DE UNA HOJA DE RECOGIDA DE INDICADORES DE RIESGO DE HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, QUE INCLUIRÍA LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE HIPOACUSIA, PESO DE RECIÉN NACIDO INFERIOR A 1500GR, ANOMALIAS CRANEOFACIALES, MENINGITIS BACTERIANA, HIPERBILIRRUBINEMIA QUE PRECISA EXSANGUINOTRANSFUSIÓN, PUNTUACIÓN BAJA DEL APGAR Y MEDICACIÓN OTOTOXICAS. Y EN DICHS PACIENTES DE RIESGO SEGUIMIENTO MÁS ESTRECHO SOLICITÁNDOSE PEAT.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/278 ===== ***

Nº de registro: 0278

Título

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA NEONATAL MEDIANTE LA INCLUSION DEL DESPISTAJE DE LA INFECCION CONGENITA DE CITOMEGALOVIRUS

Autores:

SANZ DE MIGUEL MARIA DEL PILAR, ABIO ALBERO SONIA, CALVO AGUILAR JOSEFA, SAN AGUSTIN PERIE CARMEN, REDON LABARTA MONTSERRAT, BELLON CLAVER PILAR, LOPEZ UBEDA MARTA, PABLO ZARO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0278

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA NEONATAL MEDIANTE LA INCLUSION DEL DESPISTAJE DE LA INFECCION CONGENITA DE CITOMEGALOVIRUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El cribado de recién nacidos para la pérdida auditiva conduce a una detección e intervención más temprana en pacientes con problemas auditivos congénitos. La intervención temprana puede mejorar la adquisición del lenguaje y el rendimiento educativo en los pacientes afectados. La evidencia es clara de que el cribado de los recién nacidos detecta la pérdida de la audición a una edad significativamente más temprana que el hecho de basarse únicamente en la identificación de los signos clínicos de la pérdida auditiva.
El citomegalovirus (CMV) congénito es la causa infecciosa más frecuente de pérdida auditiva neonatal o de inicio tardío permanente, y lo que es más importante, existe la posibilidad de terapia antiviral que mejore su pronóstico.
Sin embargo, el coste beneficio es elevado por lo que no se recomienda su detección universal en todos los recién nacidos que no superen en una ocasión las otoemisiones acústicas (OEA), reservándose para la detección selectiva de aquellos casos que presenten síntomas compatibles o que en 2 ocasiones no se superen las otoemisiones acústicas, sin retrasar con ello el diagnóstico temprano de la hipoacusia.
Si se detectan pruebas de detección positivas para CMV el tratamiento puede iniciarse tras informar a la familia de los riesgos/beneficios de la terapia antiviral, siendo mejores los resultados auditivos cuando su comienzo se realiza en las primeras semanas de vida.

RESULTADOS ESPERADOS

Realizar un registro de los paciente con pruebas alteradas en el despistaje de hipoacusia neonatal mediante OEA.
Estandarizar la inclusión del cribado de la infección congénita de CMV, mediante análisis de orina precoz, tras alteración de la 2º OEA.
Protocolizar la solicitud del los Potenciales Auditivos Evocados (PEAT) tras 3º OEA alterada.

MÉTODO

Diseño actualizado del protocolo de estudio de despistaje de hipoacusias neonatales
Registro de todos los pacientes con OEA alteradas.
Registro de las peticiones realizadas de PEAT y resultados patológicos encontrados.
Registro de los pacientes con detección de infección congénita por CMV, con inclusión de una hoja de consentimiento informado para inicio del tratamiento.

INDICADORES

Nº pacientes afectos de infección por CMV congénito /total pacientes con OEA alteradas.
Nº PEAT solicitados /total pacientes con OEA realizadas
Nº pacientes afectos de infección por CMV congénito /PEAT realizados

DURACIÓN

Reunión del equipo coordinador del protocolo y revisión de la bibliografía en Junio 2018
Revisión final de los resultados a finales de Diciembre 2018, con valoración de nuevas propuestas de mejora.

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 - 2018/0283

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y MEJORA CONTINUA EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) NEONATAL

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE MERCEDES ODRIOZOLA GRIJALBA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE
VERA BELLA CARMEN
GALLEGO DOMEQUE ESTHER
LAVILLA ABRIL SHEILA
OTAL ORDAS LUCIA
SANTANA ESPEJO EMILIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 2 sesiones de actualización en RCP neonatal, por las mañanas y en la misma planta de pediatría, para formación y mejora de los miembros de la plantilla (pediatras, enfermeras/os, matronas y auxiliares) en reanimación neonatal, situación que vivimos de forma frecuente en nuestro servicio dado el número de partos anuales, principalmente durante las guardias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mantener formado al personal encargado de llevar a cabo dichas situaciones de reanimación neonatal, familiarizándose con el material necesario y perdiendo el miedo a actuar ante las diversas situaciones de estrés que se viven en paritorio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se trata de un proyecto necesario debido a que la reanimación neonatal forma parte de nuestra práctica clínica diaria, y la buena praxis tendrá gran repercusión en la salud y futuro del recién nacido y sus familias. Por la situación laboral actual existe cierta rotación y cambio en el personal del Servicio (pediatras, enfermeras/os y auxiliares), que hace indispensable este tipo de formación continuada. No implica gasto de recursos por lo que vemos indispensable su mantenimiento de forma indefinida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/283 ===== ***

Nº de registro: 0283

Título
ACTUALIZACION Y MEJORA CONTINUA EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) NEONATAL

Autores:
ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES, GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE, VERA BELLA CARMEN, GALLEGO DOMEQUE ESTHER, LAVILLA ABRIL SHEILA, OTAL ORDAS LUCIA, SANTANA ESPEJO EMILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Pediatría consta de una unidad específica de atención neonatal, donde una enfermera y un técnico auxiliar de enfermería se encargan de los cuidados del recién nacido sano y patológico, junto con el equipo de pediatras del Servicio. Cuando tiene lugar en paritorio o en quirófano un parto complicado (instrumentado, cesárea, o posible alteración del bienestar fetal por diversas circunstancias) acudimos de inmediato al área quirúrgica la enfermera y el pediatra para asistir al recién nacido en el momento del parto, junto con la ayuda de la matrona. En dicho momento crítico nos encontramos la mayoría de las veces (puesto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0283

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y MEJORA CONTINUA EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) NEONATAL

que ocurre frecuentemente en horario de guardia) un máximo de 3 personas, que debemos estar perfectamente capacitadas para realizar la RCP al neonato de forma óptima. La trascendencia de dicha actuación (vital para el neonato) y el frecuente cambio de personal por sustituciones y nuevas incorporaciones en el área materno-infantil, nos obliga a mantener una continua actualización y formación en dicha materia.

RESULTADOS ESPERADOS

Formación continua en RCP neonatal para una mejora en la asistencia al recién nacido en el parto y al neonato ingresado que sufra una posible parada respiratoria y/o cardiaca.
Aumento de la supervivencia libre de secuelas en el paciente neonatal (primer mes de vida).
Optimización de recursos en RCP neonatal para un uso más eficiente.

MÉTODO

Se realizarán sesiones periódicas programadas de actualización en RCP neonatal para el personal del área materno-infantil, 3-4 sesiones al año. Tendrán una duración aproximada de 2 horas y constarán de una primera parte breve teórica en pediatría seguida de una fase práctica en la cuna de reanimación del área de paritorio, y finalizando en la incubadora de transporte para simular el posible traslado del paciente.
Recursos: pediátras docentes, muñecos lactantes (disponemos), ordenador y pantalla.

INDICADORES

Calendario de sesiones cada 3-4 meses para abarcar a todo el personal implicado en la asistencia al recién nacido en el área materno-infantil del Hospital San Jorge y las nuevas incorporaciones.
Cumplimiento de dicho calendario y encuesta de satisfacción a los receptores de las distintas sesiones valorando su utilidad.
Reuniones posteriores a una reanimación neonatal real para analizar las actuaciones, errores y campos de mejora.

DURACIÓN

Sesiones (duración 2 horas): Enero 2018 (ya realizada), Mayo-Junio 2018, Octubre-Noviembre 2018.
Responsables de su implantación: Equipo de Pediatría del Hospital San Jorge.
Reuniones del equipo de reanimación tras los casos reales que surjan durante el año.
Fecha de proyecto: Enero 2018-Diciembre 2018.

OBSERVACIONES

Disponemos actualmente de todos los recursos necesarios para el proyecto.

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 - 2018/0441

1. TÍTULO

CREACION DEL COMITE PERINATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE SOFIA CONGOST MARIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR
LAFALLA BERNAD OLIVIA
ZABAU FERMOSELLE JARA
FONCILLAS SANZ BEATRIZ
BELLON CLAVER PILAR
BARBANOJ TORRECILLA ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la revisión bibliográfica se inició la puesta en común. Hasta la fecha se han realizado 3 sesiones. Se ha establecido una reunión semanal para comentar los embarazos patológicos así como la agenda semanal de cesáreas y partos de riesgo. También se ha presentado la evolución de los recién nacidos que se han considerado relevantes.
Se ha actualizado la pauta de analgesia no farmacológica en el recién nacido.
Se están revisando los protocolos de hijo de madre diabética, hijo de madre con disfunción tiroidea e hijo de madre portadora de estreptococo del grupo B (pendientes de ratificación).
Se ha actualizado el despistaje de Toxoplasmosis durante la gestación.
Se están revisando las indicaciones de screening neonatal de citomegalovirus.
Se ha comentado la administración de sulfato de magnesio a las gestantes con amenaza de parto prematuro como medida de neuroprotección.
Se han revisado las recomendaciones de asistencia al parto normal según versan en la guía de práctica clínica del sistema nacional de salud.
Se ha revisado el proceso de identificación del recién nacido.
Se ha producido la reconversión de la planta de Obstetricia y se está evaluando el impacto que este cambio ha supuesto en la atención al recién nacido y su madre.
Se han establecido unos mínimos en la información telefónica cuando se solicita la presencia del servicio de Pediatría a un parto de riesgo.
Se está estudiando la posibilidad de aproximar la cuna térmica de reanimación al quirófano correspondiente en las cesáreas.
Se ha establecido la rutina de glucemias a los recién nacidos hijos de madre con diabetes gestacional antes de llegar a la planta de maternidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Número de reuniones/año: 3 en 9 meses (desde el inicio de las reuniones).
Porcentaje de asistencia: 100%
Numero de protocolos actualizados: 3 (pendientes de ratificación)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración global es muy satisfactoria ya que se han tratado múltiples temas muy relevantes en nuestra práctica médica diaria. Queda pendiente la ratificación de los protocolos revisados y continuar con la puesta en común. Las reuniones del comité van a continuar realizándose con una periodicidad bimensual así como la reunión semanal con el servicio de Obstetricia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/441 ===== ***

Nº de registro: 0441

Título
CREACION DEL COMITE PERINATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
CONGOST MARIN SOFIA, SANZ DE MIGUEL MARIA DEL PILAR, LAFALLA BERNAD OLIVIA, HERNANDEZ ARAGON MONICA, ZABAU FERMOSELLE JARA, FONCILLAS SANZ BEATRIZ, BELLON CLAVER PILAR, BARBANOJ TORRECILLA ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0441

1. TÍTULO

CREACION DEL COMITE PERINATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para los servicios de salud, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas y fetales en el embarazo y el parto, el diagnóstico oportuno y la atención adecuada.

Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante una atención prenatal temprana, sistemática y de calidad, permitiendo identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal.

Propiciar la atención prenatal de forma integral, mediante la creación de un equipo multidisciplinar (Unidades de Pediatría y Obstetricia) estimula acciones que tengan impacto positivo en los resultados maternos fetales lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Generar las directrices para disminuir la morbi-mortalidad perinatal.
Intervenir para mejorar el diagnóstico, seguimiento, derivación y tratamiento de los partos prematuros y neonatos prematuros.
Optimizar la coordinación para el manejo de recién nacidos que nacen con patologías susceptibles de diagnóstico prenatal y/o que requieren de tratamientos médicos o quirúrgicos especiales.
Coordinación, comunicación e integración tanto a nivel local como con la red asistencial para fortalecer los aspectos preventivos, de diagnóstico precoz, derivación fluida y tratamiento oportuno por los servicios clínicos correspondientes.
Se presentarán los casos y temas que requieren un manejo perinatal multidisciplinario.

MÉTODO

Establecimiento de rutina de reuniones periódicas del comité de salud perinatal formados por pediatras, obstetras, matronas y enfermeras de pediatría y obstetricia.
Presentación de las pacientes en control: En estas reuniones se presentan todas las pacientes en control, se actualiza el estudio, evolución y se discute el manejo en forma multidisciplinaria, consensuando las actuaciones pertinentes según la evidencia.
Presentación de Temas: se realizan presentaciones actualizadas de temas relacionados con las pacientes en control, elaborando protocolos conjuntos de actuación.

INDICADORES

Numero de reuniones/año (mínimo 2/ año, límite superior 12/año)
Porcentaje de asistencia (mínimo 50%, límite superior 100%)
Número de pacientes estudiados/embarazos controlados en el servicio (según patología).
Numero de protocolos actualizados/consensuados (mínimo 1/año).

DURACIÓN

- Abril- Mayo 2018: búsqueda bibliográfica
- Junio 2018 inicio de reuniones con periodicidad mínima semestral

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 - 2018/0753

1. TÍTULO

DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICION EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE SONIA ABIO ALBERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CONGOST MARIN SOFIA
LOPEZ UBEDA MARTA
GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE
AZANZA MONTULL MAMEN
URZOLA CASTRO CARMEN
CASAJUS BETRAN CARMEN
SERAL SOLANES MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En los meses de junio y septiembre se consensuó junto al Servicio de Endocrinología del Hospital el plan a seguir. Se fijó el calendario de la consulta de transición en todos los primeros lunes no festivos de cada mes. La consulta se localiza físicamente en las consulta 52 de consultas externas (correspondientes a endocrinología.). Se ha asignado una agenda específica desde el servicio de citaciones. En dicha consulta, nos reunimos la pediatra, la endocrinóloga y la enfermera perteneciente a la consulta de endocrinología. Se realiza una entrevista al paciente de manera conjunta, somatometría y medición de la HbA1c capilar. Cuando se precisa, se realiza colaboración por la enfermera y TCAE de la consulta de pediatría, así como por la enfermera de dietética y nutrición. En las primeras consultas realizadas hasta el momento actual, la supervisión del paciente ha sido realizada principalmente por la pediatra, que es la persona con quien los pacientes están más familiarizados, con el fin de que progresivamente sea la endocrinóloga quien realice este papel.

El criterio de inclusión en esta consulta ha sido principalmente la edad, se han incluido pacientes de 17 años, ó próximos a cumplirlos, con el objetivo de durante un año realizar las consultas de manera conjunta, con una periodicidad trimestral y al cumplir los 18 años continuar el seguimiento en la consulta de adultos. Hasta el momento actual (febrero 2018) se han realizado dos consultas y han sido incluidos dos pacientes. Esta previsto, cuantificar el grado de satisfacción de los pacientes mediante una encuesta .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados hasta ahora alcanzados son preliminares, serán mejor concretados en la memoria final el año próximo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La iniciativa ha sido muy bien acogida tanto por los pacientes como por sus familias así como por los profesionales implicados. Creemos que en patologías de tipo crónico como es la Diabetes Mellitus tipo 1, es importante realizar en la adolescencia una transición a adultos de manera progresiva que permita un seguimiento mas cercano del paciente y redunde en un mejor control metabólico de la enfermedad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/753 ===== ***

Nº de registro: 0753

Título
DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICION EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS

Autores:
ABIO ALBERO SONIA, CONGOST MARIN SOFIA, LOPEZ UBEDA MARTA, GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE, AZANZA MONTULL CARMEN, URZOLA CASTRO CARMEN, CASAJUS BETRAN CARMEN, SERAL SOLANAS MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0753

1. TÍTULO

DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICION EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: Mejora de la práctica clínica

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La diabetes mellitus tipo 1 es una de las enfermedades endocrinológicas crónicas más prevalentes. Tiene una incidencia y prevalencia creciente en la infancia. Un adecuado control metabólico está influenciado, además de por una correcta educación diabetológica continuada tanto a los niños/ adolescentes como a sus padres, por un estrecho y cercano seguimiento por parte de los profesionales implicados. El periodo de intensos cambios de la adolescencia, con sus características propias, puede ser un momento de un empeoramiento en el control metabólico por parte del paciente. Tanto los adolescentes con diabetes como sus padres pueden percibir el paso al Servicio de Endocrinología de adultos, con un médico y una enfermera que todavía no conocen... como una "interrupción" en su pauta de tratamiento previa, con un enfoque del paciente diferente. Existen estudios donde se constata un empeoramiento del control metabólico con posterior incremento del gasto sanitario. Actualmente en nuestro servicio el traspaso a la unidad de adultos se hace dando de alta al paciente, con el correspondiente informe médico, derivando a la consulta de endocrinología mediante una hoja de consulta solicitando su seguimiento. Sociedades científicas como la ISPAD, ADA, propugnan transiciones a las consultas de adultos planificadas conjuntamente entre el pediatra, el endocrino de adultos, el adolescente y su familia. Iniciar la transición durante la adolescencia actualizando la formación diabetológica del adolescente, realizando una consulta conjunta con el especialista de adultos y planificar una consulta "de vuelta" tras la transición para verificar la adecuada realización de la misma.

RESULTADOS ESPERADOS

Facilitar una transición adecuada del adolescente diabético desde la consulta de diabetes pediátrica a la consulta de endocrinología de adultos en el hospital San Jorge, reduciendo las posibles pérdidas de seguimiento, redundando en un mejor control metabólico del paciente.

Promover la comunicación entre los profesionales implicados.

Responsabilizar al adolescente en el autocuidado personal y de su diabetes.

MÉTODO

Diseño del protocolo de actuación y seguimiento de estos pacientes, con edad de inclusión (pacientes con debut previo a los 14 años, con edad actual entre 14-18 años) y características de los mismos.
Se establecerá un calendario de consultas, con periodicidad trimestral, con un mínimo de 3 consultas al año, de modo compartido.
Registro de pacientes incluidos.
Registro de consultas conjuntas realizadas.
Registro de consultas "de vuelta" realizadas.
Registro de satisfacción de los pacientes incluidos en este programa de calidad.
Actualización bibliográfica, Búsqueda de últimas recomendaciones internacionales.

INDICADORES

Nº de pacientes incluidos respecto del total de pacientes diabéticos adolescentes.
Nº de consultas conjuntas realizadas respecto del total de pacientes incluidos.
Nº de consultas "de vuelta" realizadas respecto del total de pacientes diabéticos transferidos.
Nº de encuestas de satisfacción realizadas respecto del total de pacientes incluidos.

DURACIÓN

Reunión del equipo de coordinación y establecimiento del protocolo en mayo-junio 2018.
Reunión y revisión de la experiencia inicial 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 - 2018/0115

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE BARBARA MORER BAMBA
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALAYETO GASTON MARIA ANGELES
GIL PELEATO EVA
ROMERA MORALES JOSE DAVID
URZOLA CASTRO CARMEN
CARCELLER TEJEDOR AMAYA
PELEGRIN VALERO CARMELO MARIANO
LACAL ALEJANDRE LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Revisión bibliográfica y de guías de práctica clínica sobre la evaluación psicológica en TCA
- Selección de las pruebas psicométricas más adecuadas
- Solicitud de compra de alguna de las pruebas
- Creación de un documento Word a modo de plantilla donde registrar las puntuaciones de cada prueba por paciente.
- Administración de las pruebas a los pacientes nuevos en la unidad
- Corrección de las pruebas
- Registro de las puntuaciones en la plantilla correspondiente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración del protocolo y plantilla de registro Alcanzado
Implantación del protocolo Alcanzado
Casos nuevos con protocolo entregado 100%
Casos nuevos con protocolo completado 80%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La corrección y registro de las puntuaciones, así como su interpretación, requieren mucho tiempo y éste es difícil extraerlo del destinado a la asistencia. Por otro lado, con el cambio de ordenadores, se han perdido programas de corrección de tests psicológicos, motivo por el cual no se han podido corregir tests de los últimos pacientes nuevos. Siendo necesaria la compra de nuevo material, aun pendiente. Por restos motivos la sostenibilidad del proyecto está en riesgo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/115 ===== ***

Nº de registro: 0115

Título
MEJORA DEL PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
MORER BAMBA BARBARA, CARCELLER TEJEDOR AMAYA, GIL PELEATO EVA, PELEGRIN VALERO CARMELO, ALAYETO GASTON MARIA ANGELES, OJEDA MARTINEZ AINHOA IRUNE, LACAL ALEJANDRE LAURA, URZOLA CASTRO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0115

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA DE LA UNIDAD DETRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital San Jorge de Huesca es una unidad especializada, interdisciplinar, orientada al tratamiento integral de los pacientes en la provincia. Facilitando el acceso de tratamiento en el propio territorio. Se detecta la necesidad de instaurar un protocolo de evaluación psicológica con el fin de mejorar ésta, así como la precisión en el diagnóstico.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la evaluación psicológica de los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, tanto adolescentes como adultos, que acuden a la unidad, a través de un protocolo individualizado de evaluación.

MÉTODO

Aplicar el protocolo de evaluación en la primera acogida en la consulta de Psicología Clínica y elaborar un documento en el que se recojan de forma unificada los resultados. El protocolo de evaluación consistirá en una serie de instrumentos y escalas estandarizadas, así como de la entrevista clínica psicológica. Se requiere de tiempo para la revisión bibliográfica y elaboración del material, colaboración de los residentes de Psicología Clínica que rotan en la unidad, y disponer de los test e instrumentos de medida.

INDICADORES

Elaboración del protocolo y del documento de registro de resultados. El indicador de evaluación será el número de casos atendidos desde Psicología Clínica que tengan completado el documento en el plazo de un mes desde la primera entrevista. El límite inferior es del 70% y superior del 100% de los casos atendidos con el documento completado.

DURACIÓN

La fecha prevista de inicio es marzo de 2018, y fin marzo de 2019.

3 meses para búsqueda bibliográfica, revisión de Guía de Práctica Clínica y elaboración del protocolo y documento de resultados.

9 meses para la implantación del protocolo.

3 meses finales de evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0681

1. TÍTULO

COORDINACION TELEFONICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE HUESCA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE RICARDO LOPEZ BERNUES
· Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CABRERO CEBRIAN VISITACION
ROBLES VALERO MARIA DEL CARMEN
SIESO SEVIL ANA ISABEL
LLACER NAVARRO CARMEN
LATAPIA LOPEZ CONCEPCION
CASTAN PEREZ LIDIA
MARTINEZ CABELLO VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado las actividades marcadas en el proyecto para conseguir los objetivos fijados:
- Se puso en conocimiento el proyecto de mejora a los profesionales de la unidad de psiquiatria del Hospital San Jorge de Huesca participantes y al resto de dispositivos mediante llamada telefonica y envio del proyecto por correo electrónico
- Se elaboro un listado actualizado de los telefonos de contacto de las enfermeras de todos los dispositivos de la red asistencial de salud mental a donde se derivan los pacientes tras el alta hospitalaria
- Se realiza un cuestionario de satisfacción propio para las enfermeras responsables de las unidades donde se deriva al paciente.
- Se consultan todos los informes de enfermería al alta de la UCE de psiquiatria durante el periodo marcado para el estudio (2 meses)
- Se analizan los datos en base a los indicadores planteados
- Se evaluan los resultados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se analizaron informes de alta de enfermería de la unidad de agudos desde el 1 de noviembre hasta el 31 de diciembre del 2018. En total fueron 98 pacientes del alta de los cuales 25 se retiraron del análisis por ser altas provisionales (permisos/reingresos). De los 73 pacientes restantes 3 fueron altas voluntarias que no se realiza informe, quedando una total de 70. De estos 70 pacientes en 4 historias no aparecieron informe de continuidad de cuidados. De todos los pacientes dados de alta de la unidad en este periodo analizado en el 94.28% existía informe de enfermería. Se analizaron un total de 66 informes de altas de los cuales en 33 especificaba claramente el contacto telefónico con la enfermera de la unidad responsable del caso al alta hospitalaria. En el 50 % restante, en 20 informes no aparecía el motivo por el que no se contactó (el 60%). En un caso el seguimiento se realizó en planta, otro fue un traslado, otro no se localizo a la enfermera y 3 de ellos eran revisiones o altas provisionales y el resto se derivó a centros privados (7).
En 33 de los 70 informes de enfermería aparecía el contacto telefónico
Cabe destacar que en un 30% de los informes no aparecía la causa por la que no se habia contactado con la enfermera de referencia.

Se enviaron por correo electronico las encuestas de satisfacción a las enfermeras de los dispositivos donde se derivaba a los pacientes tras el alta hospitalaria para que se remitieran rellenos.
De los 15 dispositivos a los cuales se envió la encuesta de satisfacción 2 eran las unidades de salud mental infantojuvenil.
Se recogieron a través del correo 5 respuestas (33%). De esas respuestas en la pregunta 1: 100% respondieron que si habian recibido llamada desde la unidad de agudos para derivar el caso
En la pregunta 2: todas las enfermeras contestaron que ven muy necesaria la coordinación al alta entre las enfermeras
En la pregunta 3: 4 respondieron que la información era muy útil y una de ellas que era bastante útil
En la pregunta 4 : el 100 % respondieron que esta comunicación favorecía siempre el seguimiento posterior del caso
En la pregunta 5: 3 enfermeras constataron que se duplica un poco la información con respecto al informe de enfermería y 2 de ellas que casi no se duplica.
En la pregunta 6: todas coincidieron en que se debe realizar la llamada de coordinación.

Pese a la poca tasa de respuestas del cuestionario de satisfacción (33%) la satisfacción general por las repuestas contestadas es alta, valorando la necesidad de realizar la llamada de coordinación asi como la información recibida sobre el caso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se valora positivamente la realización de la coordinación telefónica por parte del equipo de mejora. Para hacer más sostenible la realización en un futuro del mismo se debería dar mas difusión del proyecto sobre todo en el personal de nueva incorporación para favorecer el cumplimiento del mismo.
Otro aspecto de mejora sería incluir el contacto entre enfermeras de centros privados, traslados..

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0681

1. TÍTULO

COORDINACION TELEFONICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE HUESCA

generalizándose el uso de la coordinación siempre que un paciente se fuera de alta de la unidad de agudos de psiquiatría para favorecer la continuidad de cuidados y la adherencia/seguimiento al tratamiento. Otro aspecto de mejora sería realizar en un futuro un cuestionario de satisfacción validado para poder comparar con otros estudios sobre el tema

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/681 ===== ***

Nº de registro: 0681

Título
COORDINACION TELEFONICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE HUESCA

Autores:
LOPEZ BERNUES RICARDO, CABRERO CEBRIAN VISTACION, ROBLES VALERO MARIA DEL CARMEN, SIESO SEVIL ANA ISABEL, LLACER NAVARRO CARMEN, LATAPIA LOPEZ CONCEPCION, CASTAN PEREZ LIDIA, MARTINEZ CABELLO VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades mentales
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La unidad de corta estancia de psiquiatría del Hospital San Jorge de Huesca presta servicio a las necesidades de los pacientes con patología mental aguda de toda la provincia. Las enfermeras que prestamos los cuidados de salud mental a estos pacientes en el servicio de psiquiatría realizamos el informe de alta que se entrega al paciente cuando se va del servicio y a su vez se mandan a los diferentes dispositivos a los que se deriva el paciente. Desde el servicio se ha plantado la necesidad de mejorar la coordinación entre los distintos dispositivos de salud mental de la provincia de Huesca.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del programa de calidad es establecer mediante contacto telefonico la coordinación y mejora de la información al alta de la unidad de agudos de psiquiatría entre las enfermeras de salud mental de la provincia de Huesca
Los dispositivos de la red de salud mental de la provincia son: UCE de Huesca, CRP Santo Cristo de los Milagros, (UME, ULE y Psicogetriatria) UASA de Huesca y Monzon, Hospital de día, CS Mental de Jaca, Huesca (Pirineos y Perpetuo Socorro), Sabiñanigo, Monzon, Fraga, Barbastro y US Mental InfantoJuvenil de Huesca y Barbastro.

MÉTODO
- Difusión de la iniciativa de mejora a todos los enfermeros de la unidad de agudos.
- Elaboración de un listado actual de los numeros de teléfono de los distintos dispositivos (extensiones)
- Añadir en el informe de alta de enfermería de la UCE, en las observaciones/ recomendaciones, el dispositivo con el que se ha contactado.
- Realizar un cuestionario de satisfacción a todos los dispositivos sobre la coordinación del programa realizado.

INDICADORES
- Evaluar la llamada de coordinación realizada a través del informe de enfermería al alta de la unidad de agudos de psiquiatría.
- Medir la satisfacción de las enfermeras participantes a través del cuestionario realizado para el programa.
- Nº de informes de alta en el que aparece el contacto telefónico realizado/ Nº de altas en el período 1/10/2018 al 31/12/2018.
- Nº de encuestas telefónicas de satisfacción recogidas/ Nº de enfermeras que pertenecen a dichos dispositivos.

DURACIÓN
Informar del programa de calidad a las enfermeras de salud mental de los distintos dispositivos de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0681

1. TÍTULO

COORDINACION TELEFONICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE HUESCA

provincia de Huesca durante los meses de verano

Fecha de inicio de la evaluación a través del informe de alta de enfermería: 01/10/18

Fecha de fin de la evaluación: 31/12/18

Realización del cuestionario de satisfacción mediante llamada telefónica a las enfermeras de salud mental: mes de enero y febrero del 2019

Evaluación y difusión de los resultados obtenidos: marzo y 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 - 2018/0696

1. TÍTULO

VALORACION DE LA CUMPLIMENTACION DEL PROTOCOLO DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JESUS RIVARES MORCATE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTAN PEREZ LIDIA
MARTINEZ CABELLO VERONICA
LOPEZ BERNUES RICARDO
OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER
LATAPIA LOPEZ CONCEPCION
CABREO CEBRIAN VISITACION
LLACER NAVARRO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Para medir la cumplimentación del protocolo y unificar criterios entre el servicio de urgencias y psiquiatría se han realizado las siguientes actividades:

-Abril- Mayo 2018:Recogida de datos (formulario de seis preguntas) con cada paciente que ingresaba desde urgencias durante 25 días consecutivos (el mismo período que el año anterior).

Junio a Octubre: Seguimiento de los datos establecidos en los pacientes que ingresan desde urgencias para garantizar la coordinación entre ambos servicios.

-Noviembre 2018:Tratamiento de datos recogidos y comparativa con el período anterior :De los 21 pacientes recogidos, el 100%ingresan acompañados del psiquiatra, el 94% no son portadores ni llevan en la bolsa de pertenencias objetos peligrosos, el 76% de los pacientes ingresan con la ropa debidamente identificada, el 80,95% de los pacientes ingresan con pijama o camisón según corresponde, el 66,6% de los pacientes llegan a la unidad con la historia clínica ee el momento del ingreso, del total de los pacientes, el 14% ingresaron con sujeción física, de éstos, el 100%estaban correctamente contenidos).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos esperados/ Indicadores

- Se ha disminuido el número de pacientes recibidos desde urgencias en condiciones inadecuadas para ingreso en relación a la seguridad, en relación al indicador establecido:

- Número de pacientes que ingresan desde urgencias cumpliendo el protocolo en el período establecido/ N° de pacientes que ingresan desde urgencias en ese período

- Ha mejorado la coordinación del ingreso del paciente entre ambos servicios reduciendo así las posibles situaciones de riesgo que pueden ocurrir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora ha detectado en el estudio que se ha mejorado el porcentaje en este periodo en relación al período estudiado del año anterior en casi todos los aspectos:

El acompañamiento del psiquiatra, no llevar objetos peligrosos encima ni en la bolsa de pertenencias, en la identificación de la ropa de los pacientes, en que los pacientes suben con la historia clínica y en la sujeción correcta de los pacientes contenidos.

El único aspecto susceptible a mejorar es si el paciente llega a la planta con pijama o camisón, según las condiciones de ingreso (contenido o no).

Con estos resultados podemos observar que conseguir el hábito y la rutina de la revisión del paciente desde urgencias, después de haber sido valorado para ingresar, nos hace motivarnos y seguir encaminados a conseguir una buena coordinación entre el servicio de urgencias y psiquiatría para mejorar la continuidad y los cuidados desde el ingreso al alta del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/696 ===== ***

Nº de registro: 0696

Título
VALORACION DE LA CUMPLIMENTACION DEL PROTOCOLO DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0696

1. TÍTULO

VALORACION DE LA CUMPLIMENTACION DEL PROTOCOLO DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS

Autores:

RIVARES MORCATE MARIA JESUS, CASTAN PEREZ LIDIA, MARTINEZ CABELLO VERONICA, LOPEZ BERNUES RICARDO, OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER, LATAPIA LOPEZ CONCEPCION, GIMENEZ IVANKA, ROBLES VALERO MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde la unidad de agudos nos dimos cuenta de la necesidad de unificar los criterios de acogida del paciente para realizar el traslado entre urgencias y psiquiatría. En el 2017 desarrollamos un protocolo consensuado entre los dos servicios. Tras la realización de dicho protocolo realizamos una medición para valorar la cumplimentación del mismo y valorar los puntos débiles para poder reforzarlos tras su puesta en marcha. Una buena coordinación entre el servicio de urgencias y psiquiatría es fundamental para la buena acogida del paciente en la unidad garantizando la seguridad del paciente y de los profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar criterios de manejo del paciente psiquiátrico en los dos servicios.
- Mejorar la acogida del paciente cuando ingresa en la unidad.
- Aumentar la seguridad del paciente y de los profesionales tanto en el servicio de urgencias como en la unidad de psiquiatría.

MÉTODO

- Realización del cuestionario para medir la cumplimentación del protocolo.
- Reunión de equipo de enfermería para informar de la puesta en marcha del proyecto.
- Nueva recogida de datos en la unidad de psiquiatría del paciente que ingresa desde urgencias durante 25 días (mismo período que en 2017), para evaluar el seguimiento del cumplimiento del protocolo.

INDICADORES

- N° de pacientes que ingresan desde urgencias cumpliendo el protocolo establecido en un período de 25 días / N° de pacientes que ingresan desde urgencias en ese período

Fuente de datos: lista de verificación de cinco puntos(seis puntos en el caso de paciente contenido).

- Esperamos alcanzar un 80% de cumplimentación del protocolo.

DURACIÓN

- Reunión de información con el equipo del servicio para la puesta en marcha: 1ªquincena de abril 2018.
- Recogida de datos durante 25 días entre abril y mayo 2018
- Tratamiento de los datos y elaboración de resultados: Tercer 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 - 2018/0564

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO DESTINADO A PACIENTES QUE VAN A RECIBIR DIFERENTES TRATAMIENTOS A TRAVES DE INYECCIONES INTRAOCULARES EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE OIHANA ARRAZOLA ALBERDI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLER ALLUE CARLOS
SANZ PANZANO CAROLINA
FELIPE MIRANDA ADRIANA
RODRIGUEZ LOPEZ ANDREA
SOLER ALLUE SANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Junio 2018: Reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos más importantes que deba contener el folleto.

Septiembre 2018: Puesta en común de la información encontrada y elaboración del folleto.

Octubre 2018: El jefe de servicio de oftalmología revisa el folleto y está de acuerdo en que se difunda. Se consensan entre este y el equipo de enfermería, que el folleto solo se entregará a los pacientes que vayan a recibir por primera vez el tratamiento, la entrega se realizará en la consulta de oftalmología junto con el consentimiento informado. El resto de pacientes (aquellos que hayan recibido alguna vez el tratamiento) como ya conocen el servicio y su funcionamiento y el volumen es tan alto, no hemos considerado entregarlo en mano y hemos optado por hacer un cartel que avise en la zona de espera, tipo: "Si acude para recibir una inyección intravitrea, le interesa leer el folleto que dejamos a su disposición", y dejando allí unos cuantos para que cada paciente sea libre de cogerlo o no.

Finales de octubre 2018: Puesta en marcha del proyecto.

Noviembre, diciembre y enero 2018: Autorización de impresión de los folletos y cartel informativo, impresión de los mismos, entrega de estos folletos a los oftalmólogos el día 16 de noviembre y comienzo de la repartición de estos el día 19 de noviembre en consultas externas a pacientes que comienzan por primera vez el tratamiento y puestos a disposición en la zona de espera. Medición de los indicadores.

Finales de enero 2018: Evaluación y detección de áreas de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos esperados:

- Mejorar la calidad de la información dada a los pacientes y sus familiares.
- Mejorar la satisfacción de los usuarios que van a recibir un tratamiento intraocular.

Valor de indicadores:

- Proporción de pacientes que inician el tratamiento y acuden a nuestro servicio con el folleto informativo entregado = 95%.

Fuente y método de obtención: preguntando al propio paciente.

Número de pacientes que inician el tratamiento: 38 pacientes.

Número de pacientes que acuden con el folleto: 31 pacientes.

Indicador: 81,5%.

- Proporción de pacientes que acuden a nuestro servicio y no se les puede administrar el tratamiento por causas mencionadas en el folleto = 5%

Fuente y método de obtención: preguntando al propio paciente.

Número de pacientes que acuden a nuestro servicio: 434 pacientes.

Número de pacientes que no se les puede administrar el tratamiento por causas mencionadas en el folleto: 0 pacientes.

Indicador: 0%.

- Proporción de pacientes que no avisan de que no van a acudir a la administración del tratamiento = 5 %

Fuente y método de obtención: preguntando al propio paciente.

Número de pacientes que no acuden a nuestro servicio: 8 pacientes.

Número de pacientes que no avisan de que no van a acudir a la administración del tratamiento: 4 pacientes.

Indicador: 5%.

- Proporción de pacientes satisfechos con la información que se le ofrece en el folleto informativo = 95%

Fuente y método de obtención: preguntando al propio paciente.

Número de pacientes que acuden a nuestro servicio con folleto: 238 pacientes.

Número de pacientes satisfechos con la información que se le ofrece en el folleto informativo: 238 pacientes.

Indicador: 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0564

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO DESTINADO A PACIENTES QUE VAN A RECIBIR DIFERENTES TRATAMIENTOS A TRAVES DE INYECCIONES INTRAOCULARES EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

El equipo de mejora considera que hay que reforzar en las consultas la repartición de los folletos por parte de los oftalmólogos o de enfermería, ya que es el punto de inicio para que el paciente obtenga la información necesaria sobre lo que se va a encontrar el día que acuda a nuestro servicio. Consideramos que los pacientes acuden con la información necesaria sobre cómo se debe administrar el tratamiento, pautas de actuación y pautas postintervención, reflejándose en menos ansiedad, menos preguntas en lo que se refiere a cómo debe acudir y no acudir y reduciéndose el número de pacientes que no acuden a nuestro servicio sin previo aviso.

Como conclusión, creemos que sería necesario que dicho folleto se siguiese entregando en consultas externas a pacientes que se inician en el tratamiento, pudiéndose prescindir de su reparto en la zona de espera.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/564 ===== ***

Nº de registro: 0564

Título
IMPLANTACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO DESTINADO A PACIENTES QUE VAN A RECIBIR DIFERENTES TRATAMIENTOS A TRAVES DE INYECCIONES INTRAOCULARES EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
ARRAZOLA ALBERDI OIHANA, SOLER ALLUE CARLOS, SANZ PANZANO CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1. Las inyecciones intravítreas son procedimientos mínimamente invasivos, utilizados como vía de administración de medicamentos en distintas patologías oftalmológicas. En los últimos años se está produciendo un incremento del uso de esta técnica debido al aumento en el número de indicaciones y en el número de agentes que se pueden administrar. A pesar de haberseles explicado en consulta y firmado el consentimiento, la primera vez que se van a someter al tratamiento presentan dudas, tales como administración del tratamiento, pautas de actuación y pautas postintervención por lo que creemos que la información que podrían recibir estos pacientes podría ser ostensiblemente mejorable.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de la información dada a los pacientes y sus familiares.
Mejorar la satisfacción de los usuarios que van a recibir un tratamiento intraocular.

MÉTODO
Realizar un folleto informativo para que los pacientes y sus familiares conozcan el funcionamiento del servicio, como deben acudir, si no acuden a donde deben llamar, donde se les va a administrar, secuencia del procedimiento y pautas postintervención, el cual será entregado e informado el primer día que acudan a nuestro servicio, en la antesala de quirófano, por el equipo de enfermería.

INDICADORES
Proporción de pacientes que acuden a nuestro servicio que cuentan con el folleto informativo = 95%
Proporción de pacientes que acuden a nuestro servicio y no se les puede administrar el tratamiento por causas mencionadas en el folleto = 5%
Proporción de pacientes que no avisan de que no van a acudir a la administración del tratamiento = 5 %
Proporción de pacientes satisfechos con la información que se le ofrece en el folleto informativo = 95%

DURACIÓN
Mayo 2018: Reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos más importantes que deba contener el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0564

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO DESTINADO A PACIENTES QUE VAN A RECIBIR DIFERENTES TRATAMIENTOS A TRAVES DE INYECCIONES INTRAOCULARES EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

folleto.
Junio 2018: Puesta en común de la información encontrada y elaboración del folleto.
Septiembre 2018: Puesta en marcha del proyecto, acompañado de encuesta de satisfacción.
Enero 2019: Evaluación y detección de áreas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0335

1. TÍTULO

LA IMPORTANCIA DE SABER DIFERENCIAR ENTRE REACCIONES FISIOLÓGICAS Y REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD AL MEDIO DE CONTRASTE RADIOLOGICO

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE EVA SANCHEZ LALANA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. RADIOLOGICO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROJAS HIJAZO BEATRIZ
LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO
LACOMA LATRE EVA MARIA
SERRA PUYAL BEATRIZ
GONZALEZ GAMBAU JORGE
ALASTRUEY LAIRLA EVA
BARBA LATAS VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Ante el antecedente de reacción adversa a medios de contraste radiológico (MCR) en pacientes derivados al Servicio de radiodiagnóstico para someterse a pruebas de imagen o ante una reacción a MCR durante la prueba, el personal del Servicio de radiodiagnóstico o de Urgencias se pone en contacto con la Unidad de alergología para derivar al paciente para valoración y estudio si precisa.

Desde junio de 2018 hasta la fecha se han remitido a la Unidad de Alergología 6 pacientes con antecedente de reacción adversa a MCR.

Se habló con el Servicio de farmacia para adquirir Iobitridol como una de las alternativa más adecuadas a la Iopromida (medio de contraste no iónico utilizado en el Hospital San Jorge)

En la Unidad de alergología se realiza la historia clínica a los pacientes derivados. En base a la historia clínica las reacciones adversas a MCR se clasifican en:

- fisiológicas (no alérgicas) que se resuelven espontáneamente y no hace falta estudio en alergología ni premedicar en la siguiente exploración radiológica
- Reacciones de hipersensibilidad inmediatas, que ocurren en la primera hora y que pueden ser mediadas por IgE o por liberación inespecífica de mediadores de mastocitos y basófilos
- Reacciones de hipersensibilidad tardía, que ocurren entre la primera hora y la primera semana y que están mediadas por linfocitos T.

En función de si la reacción es inmediata o tardía se realizan pruebas cutáneas en prick e intradérmicas en las primeras y epicutáneas en las segundas, siempre con los contrastes utilizados en el servicio de radiodiagnóstico del hospital San Jorge (Iopromida y Amidotriozato de meglumina y amidotriozato de sodio según prueba de imagen realizada) y con la alternativa a utilizar, si fuera necesario, para futuras exposiciones (Iobitridol).

En función de la gravedad de la reacción inmediata y del resultado de las pruebas cutáneas se realiza una prueba de exposición con una alternativa con o sin premedicar con corticoide y antihistamínico.

Los recursos empleados han sido medios de contraste radiológico: Iopromida (Ultravist), amidotriozato de meglumina y amidotriozato de sodio (Gastrografin) y Iobitridol (Xenetix), lancetas, jeringas, agujas, soportes para pruebas epicutáneas, esparadrapo.

De los 6 pacientes remitidos 2 tuvieron reacciones fisiológicas y no hizo falta realizar estudio.

Un paciente tuvo una reacción inmediata severa con Iopromida consistente en urticaria, vómitos, disnea con Saturación de oxígeno del 70%. Las pruebas cutáneas fueron negativas y se le aconsejó para futuras exploraciones radiológicas con contraste utilizar premedicación y exposición con una alternativa diferente al medio de contraste con el que tuvo la reacción (Iobitridol cuyas pruebas cutáneas fueron negativas).

Otro paciente tuvo una reacción inmediata moderada con un medio de contraste radiológico iónico (Amidotriozato de meglumina y amidotriozato de sodio) consistente en angioedema facial y prurito generalizado. Las pruebas cutáneas fueron negativas y se le aconsejó para futuras exploraciones radiológicas con contraste utilizar medios de contraste radiológico no iónicos con premedicación para evitar recurrencias.

Los dos últimos pacientes tuvieron reacciones tardías consistentes en exantemas maculopapulos pruriginosos generalizados. En el momento actual no han sido visitados por el servicio de Alergología. Se les realizarán pruebas epicutáneas y en prick e intradérmicas con lectura tardía, pendientes de resultado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos conseguido crear una línea de derivación de pacientes desde el servicio de Radiología o urgencias al servicio de alergología para el estudio de las reacciones al contraste yodado.

Tras el estudio alergológico preciso se valora contraste alternativo si es posible para próximos estudios radiológicos.

Objetivos esperados:

- Remitir al servicio de Alergología a todos aquellos pacientes que sufren reacción de hipersensibilidad al contraste.
- Detectar las reacciones fisiológicas y no confundirlas con reacciones adversas. El 33,3% de las reacciones que presentaron los pacientes derivados a Alergología se consideraron reacciones fisiológicas.

Valor de indicadores:

- Número de derivaciones al Servicio de alergología entre el total de pacientes con antecedente de reacción adversa a MCR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0335

1. TÍTULO

LA IMPORTANCIA DE SABER DIFERENCIAR ENTRE REACCIONES FISIOLÓGICAS Y REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD AL MEDIO DE CONTRASTE RADIOLOGICO

2. Número de reacciones fisiológicas entre el total de reacciones de los pacientes derivados a la Unidad de alergología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El contraste intravenoso aumenta la sensibilidad en la detección de patología y muchas veces es imprescindible para el diagnóstico. No todas las incidencias registradas a raíz de la inyección de contraste yodado son reacciones adversas ni hay por qué evitar todos los MCR. Por este motivo es importante una valoración detenida de las reacciones adversas a MCR. El impacto de este proyecto es destacar la importancia de la colaboración entre los servicios de alergología y radiodiagnóstico para que ante un antecedente no confirmado de reacción adversa a MCR en un paciente o una reacción a los mismos el paciente sea derivado a la consulta de Alergología con la máxima información posible (medio de contraste utilizado, síntomas que ha presentado y tiempo transcurrido desde su administración) para su valoración.

7. OBSERVACIONES.

El número de derivaciones al Servicio de alergología no ha sido todo lo deseable. Por este motivo continuaremos el registro de derivación y mantendremos contacto ambos servicios para ver futuras opciones de mejora.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/335 ===== ***

Nº de registro: 0335

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ALERGIA AL CONTRASTE YODADO INTRAVENOSO EN EL SERVICIO DE RADIOLOGICO DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
SANCHEZ LALANA EVA, LACOMA LATRE EVA MARIA, MOLINA TRESACO PAOLA, GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL, ALASTRUEY LAIRLA EVA, MARTIN SANCHEZ NATALIA, IBOR SERRANO LORETO, LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Un gran número de pacientes son sometidos cada día en el servicio de radiología a pruebas de imagen en las que es necesario la administración de contraste yodado intravenoso (urografía, angioTC, tomografía computarizada...). Según las series publicadas hasta un 3% de los pacientes pueden sufrir reacción alérgica al contraste:
-reacciones LEVES: son las más frecuentes (99% del total):náuseas, calor generalizado y rubor facial. No necesitan tratamiento y suelen ceder a los pocos minutos
-reacciones MODERADAS: representan el 1% del total de las reacciones: urticaria, picores, rinitis, conjuntivitis, edema, leve dificultad para respirar, vómitos y dolor en el brazo de inyección. Requieren tratamiento en la sala de radiología y posterior observación hasta que desaparezcan los síntomas.
-Reacciones GRAVES: representan el 0,04% del total de reacciones: urticaria generalizada, edema de laringe, angioedema, hipotensión, broncoespasmo, dolor torácico, edema pulmonar, arritmia cardíaca, convulsiones, insuficiencia renal aguda y shock. Requieren ingreso hospitalario y tratamiento.
-Reacciones MORTALES: excepcionalmente puede conducir a la muerte por paro cardíaco, o daño neurológico irreversible por hipotensión e hipoxia. Las muertes comunicadas en las grandes series publicadas varían entre 1/100.000 y 1/1.000.000.

Ante las dudas surgidas por parte del personal médico y enfermero durante la atención de los últimos casos de reacción al contraste y valorando que hubiera sido posible una mejor actuación creemos necesario organizar un grupo de trabajo para realizar un nuevo protocolo de actuación, en el que se incluirá al personal de radiología, anestesiología y la unidad de cuidados intensivos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer un plan de actuación del servicio de radiología ante posibles casos de anafilaxia moderada o

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0335

1. TÍTULO

LA IMPORTANCIA DE SABER DIFERENCIAR ENTRE REACCIONES FISIOLÓGICAS Y REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD AL MEDIO DE CONTRASTE RADIOLOGICO

grave al contraste yodado intravenoso

- Mejorar y agilizar la atención al paciente, así como el funcionamiento del servicio.

MÉTODO

- Creación de un grupo de trabajo formado por un médico de radiología, un médico de anestesia y un médico de la Unidad de Cuidados Intensivos. Dicho grupo se encargará de revisar las últimas guías de actuación ante anafilaxia y crearán un protocolo adecuado a nuestro servicio.

- Revisión del material necesario en el carro de paros orientado a la anafilaxia al contraste yodado intravenoso (medicación, material de intubación, desfibrilador...). Nombrar a dos personas encargadas de la revisión y reposición del carro de paros de forma periódica.

- Formación para los profesionales: difusión del protocolo (incluirlo en la intranet del hospital) y curso de actualización en tratamiento y reanimación del paciente con reacción grave.

INDICADORES

- Establecer los indicadores necesarios para evaluar la atención al paciente que sufre reacción alérgica al contraste.

- Conocimiento del personal de enfermería y médico de Radiología de la actuación ante un caso de reacción alérgica moderada o grave al contraste yodado, mediante entrevistas orales.

- Revisión a posteriori de la actuación realizada en los pacientes que hayan sufrido reacción al contraste yodado, buscando posibles fallos en la atención. Siempre que sea posible estarán presentes el personal que atendió al paciente, los miembros del grupo de trabajo, el jefe de servicio y la supervisora del servicio de radiología.

DURACIÓN

- Análisis de la situación: noviembre 2016.

- Creación del grupo de trabajo y sesiones grupales: diciembre 2016 - enero 2017.

- Realización y aprobación del protocolo: febrero 2017.

- Sesiones de formación al personal de Radiología: marzo y abril 2017.

- Implantación del protocolo: mayo - junio 2017.

- Revalorar cada caso de anafilaxia atendido en nuestro servicio la semana siguiente del suceso.

- Actualización del protocolo a los 12 meses. Mayo 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1053

1. TÍTULO

PLAN DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE RHB DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE JORGE AZANZA PARDO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ELBOJ SASO SALAS
LATORRE BADIA ESTEFANIA
ABOS NAVARRO IXEA
GRACIA SEN MARIA CARMEN
CASTAN GASQUET RAQUEL
CLAVER RODRIGUEZ SOLEDAD
MORALES BALIEN SANTIAGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El equipo multidisciplinar del proyecto tras valorar y seleccionar aquellos aspectos que considera que el usuario debe conocer previo a las sesiones de tratamiento, elabora un folleto informativo para dar a conocer dichos aspectos.

A la vez se redacta una encuesta de satisfacción a fin de evaluar la aceptación y utilidad de dicho folleto, así como la satisfacción por parte de los usuarios, y de este modo poder valorar su modificación si fuese necesario. En reunión se hace conocedores y partícipes a todos los profesionales de la unidad de rehabilitación (FEAs Rehabilitación, TCAE, Fisioterapeutas y Terapia Ocupacional) tanto de la existencia del folleto como de los resultados de la encuesta de satisfacción, y se les informa de en qué modo se va a proceder a la distribución del mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Atendiendo a los indicadores planteados en un principio, que buscaban medir el grado de implantación del proyecto y satisfacción por parte de los usuarios, podemos decir, que la implantación del proyecto es total, los folletos se están repartiendo a todos aquellos usuarios que en su primer día acceden a tratamiento. Y que el grado de satisfacción alcanza un 90%, según las encuestas de los usuarios, (cumplimentadas en un 65% con respecto al total de encuestas entregadas).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se trata de un proyecto sencillo pero de gran utilidad para aquellos usuarios que llegan por primera vez a un servicio en el que, a priori, desconocen su funcionamiento. Si bien en un principio se diseñó para repartir un folleto en las consultas, al final se creyó más conveniente su distribución en el acceso a tratamiento, para que la información fuese oportuna e inmediata, y así evitar pérdidas u olvidos debido al lapso de tiempo que puede ocurrir entre la consulta y la cita de tratamiento. Vista la recepción que tiene el folleto, es importante mantener y dar continuidad a lo iniciado con este proyecto, ya que es una herramienta útil para transmitir la información que nos interesa.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1053 ===== ***

Nº de registro: 1053

Título
PLAN DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE RHB DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
AZANZA PARDO JORGE, ELBOJ SASO SALAS, LATORRE BADIA ESTEFANIA, ABOS NAVARRO IXEA, GRACIA SEN MARIA CARMEN, CASTAN GASQUET RAQUEL, CLAVER RODRIGUEZ SOLEDAD, MORALES BALIEN SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1053

1. TÍTULO

PLAN DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE RHB DEL HOSPITAL SAN JORGE

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El acceso al tratamiento en el servicio de Rehabilitación suele conllevar una serie de dudas en el paciente. Además de existir una serie de normas y necesidades que el usuario debe conocer para optimizar las sesiones y el tiempo de las mismas. Se plantea por tanto la elaboración de un plan de acogida y la entrega, en el momento de la consulta de RHB, de un folleto que explique y resuma todas las normas del servicio de fisioterapia/terapia ocupacional y resuelva sus dudas. Para valorar la efectividad del folleto se presentará una encuesta de satisfacción donde el usuario participará de forma activa.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención y satisfacción de los usuarios:
- Facilitar la información al paciente, mejorando las vías de comunicación entre el usuario y la unidad.
- Anticipar la resolución de problemas más comunes.
- Promover una mayor implicación del usuario en su tratamiento.

Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales:
- Mejorando los procesos organizativos y de administración.
- Optimización de las sesiones. Mejorar la distribución de tiempo.

MÉTODO

- El equipo multidisciplinar del proyecto valorará y seleccionará aquellos aspectos que considere que el usuario deba conocer previo a las sesiones de tratamiento.
- Se elaborará un folleto informativo con dichos aspectos.
- Se elaborará una encuesta de satisfacción que evalúe la utilidad de dicho folleto a fin de valorar el cumplimiento de los objetivos propuestos o su modificación si fuese necesario.
- Reunión para hacer conocedores y partícipes a todos los profesionales implicados en la unidad de Rehabilitación (FEAs Rehabilitación, TCAE, Fisioterapeutas y Terapia Ocupacional) tanto de la existencia del folleto como de la encuesta de satisfacción e informarles sobre su distribución.

INDICADORES

La monitorización del Proyecto consistirá en el análisis de :

- Grado de implantación
- Grado de satisfacción de los profesionales

Los indicadores de medida que se utilizarán serán:

-Indicador (implantación): Porcentaje de pacientes que reciben el tríptico de gimnasio después de haber sido derivados a fisioterapia especializada por el FEA rhb:
Descripción: N° de pacientes que reciben el folleto/N° de pacientes derivados a tratamiento por FEA RHB X 100
Fuente: Registro de pacientes que acceden a la unidad de RHB.
Estandar: 70-80%

-Indicador (implantación): Porcentaje de encuesta rellenas por los usuarios que han recibido el folleto
Descripción: N° de pacientes que rellenan la encuesta/N° de pacientes que reciben el folleto X100
Fuente: Recogida de encuestas en la unidad
Estandar : 60-70%

-Indicador (satisfacción): Porcentaje de pacientes satisfechos con la información recibida en el folleto
Descripción: N° de pacientes que consideran importante la información recibida/ N° de pacientes que rellenan la encuesta X 100
Fuente: Recogida de encuestas en la unidad
Estandar: 70-80%

DURACIÓN

- Elaboración de la propuesta de iniciativa de mejora de la calidad: Mayo de 2018
- Valoración y elaboración del folleto: Junio 2018.
- Elaboración de la encuesta: Junio de 2018.
- Implantación total del Proyecto: Septiembre de 2018.
- Monitorización de indicadores y resultados: Septiembre de 2018 - Diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1053

1. TÍTULO

PLAN DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE RHB DEL HOSPITAL SAN JORGE

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 - 2018/1145

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON INDICACION DE TRATAMIENTO REHABILITADOR

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ANTONIO JOSE GARCIA ROMERO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AZANZA PARDO JORGE
LATORRE BADIA ESTEFANIA
SECORUN ENJUANES LUCIA ROSA
MORALES BAILEN SANTIAGO
SOUTO AYERBE CLARA
GRACIA SEN MARIA CARMEN
VIÑUALES PEREZ SANTIAGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elabora un sistema de triaje por parte del responsable del proyecto, que es el encargado de aplicarlo. Se pone en marcha el sistema. Se emplean recursos informáticos disponibles en el centro, Se adopta el sistema por parte de los prescriptores del tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se completa el diseño (si)

Se aplica el proyecto en los plazos previstos. (si)

Número de pacientes que al iniciar tratamiento indican disminución de funcionalidad en sus AVD respecto al día de la

consulta con médico rehabilitador. Valor a alcanzar: <25%. 20% objetivo alcanzado.

% de pacientes que retoman sus AVD en un periodo de tratamiento inferior al estimado >15%, no medido.

5., Encuesta de satisfacción a profesionales. >80% satisfechos. Si

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoración positiva en general aunque la movilidad del personal del servicio ha dificultado la redacción del proyecto, la presión asistencial y otras situaciones personales (preparar oposiciones) dificultan el desarrollo de reuniones de trabajo. Quedan pendientes encuestas de satisfacción. El proyecto es sostenible a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1145 ===== ***

Nº de registro: 1145

Título
DISEÑO E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON INDICACION DE TRATAMIENTO REHABILITADOR

Autores:
GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE, AZANZA PARDO JORGE, LATORRE BADIA ESTEFANIA, SECORUN ENJUANES LUCIA ROSA, MORALES BAILEN SANTIAGO, SOUTO AYERBE CLARA, GRACIA SEN MARIA CARMEN, VIÑUALES PEREZ SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica ..: Eficiencia

Tipo de Objetivos ..: Comunes de especialidad

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1145

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON INDICACION DE TRATAMIENTO REHABILITADOR

La creciente demanda de la atención de servicios sanitarios por parte de la población, debida a muy diversos factores (envejecimiento de la población, mejora de la accesibilidad, aumento de la cartera de servicios, mayor preocupación por la calidad de vida relacionada con el bienestar físico, etc.) unida a la lógica limitación de recursos conlleva un inevitable incremento de la demora en el acceso a la gran mayoría de servicios ofertados en el Sistema Nacional de Salud, el engrosamiento de las temidas "Listas de espera" es a día de hoy uno de los indicadores más relevantes y de referencia del funcionamiento de un servicio público de Salud. Los servicios de Rehabilitación no son ajenos a este problema y por su atención transversal a la población en todas sus franjas de edad y de continuidad de cuidados colaborando con la mayoría de servicios asistenciales del Hospital y Atención Primaria sufre con más intensidad el incremento de la presión asistencial. Las característica fundamental de los pacientes atendidos en un servicio de Rehabilitación es probablemente su extrema heterogeneidad, este rasgo fundamental hace difícil la correcta gestión de la lista de espera y por ende ofrecer una fecha estimada de inicio de tratamiento al paciente, y a los servicios demandantes, los requerimientos del paciente en los distintos aspectos de la accesibilidad, añaden dificultad a esta gestión y alteran la secuencia óptima de acceso al tratamiento que limitaría el agravamiento del problema por demora excesiva en su tratamiento fisioterapéutico.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la atención y satisfacción de los usuarios.
- Ajustar el periodo de espera del paciente de acuerdo a la gravedad con que el problema que padece interfiera en su capacidad para desarrollar sus actividades de la vida diaria (AVD) con normalidad.
- Minimizar el riesgo de empeoramiento o pérdida de capacidad en su estado físico.
- Establecer y dar a conocer un periodo estimado de acceso a tratamiento según problema y características del paciente.
- Acortar los plazos de incorporación a las AVD.

Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales.

La disminución de la variabilidad de acceso al tratamiento en pacientes con problemas similares permitirá ajustar los plazos de tratamiento y optimizará la coordinación de interconsultas.

Mejora en la efectividad del tratamiento.

MÉTODO

El equipo de mejora diseñará un plan de actuación destinado a elaborar un sistema de triaje que será evaluado por el resto de profesionales del servicio de rehabilitación y de otros servicios solicitadores de interconsultas. Se pondrá en marcha el sistema diseñado, sujeto a distintas monitorizaciones y ajustes por parte del equipo de mejora.

Se elaborará un sistema definitivo que estará sujeto a evaluación y mejora continua.

INDICADORES

La monitorización del Proyecto consistirá en el análisis de :

- Grado de implantación
- Grado de satisfacción de los profesionales

1. Se completa el diseño de triaje finalizado y se presenta a los servicios implicados.. (S/N) Valor a alcanzar: S
- 2.El sistema de triaje es efectivamente implantado. (S/N). Valor S
- 3.% de pacientes que al iniciar tratamiento indican disminución de funcionalidad en sus AVD respecto al día de la consulta con médico rehabilitador. Valor a alcanzar: <25%.
- 4.% de pacientes que retoman sus AVD en un periodo de tratamiento inferior al estimado >15%
- 5.,Encuesta de satisfacción a profesionales. >80% satisfechos.

DURACIÓN

Inicio del proyecto: 1/6/2018

Diseño de sistema de triaje. Junio 2018.

Implantación a pacientes con indicación de tratamiento a partir del 1/7/2018.

Monitorización; 15 de diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1145

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON INDICACION DE TRATAMIENTO REHABILITADOR

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 - 2018/1343

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION POR COMPETENCIAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE NURIA ALBAS TIERZ
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AUDINA BENTUE MARIA TERESA
MANAU OMEDES CRISTINA
URRUTIA DIEZ AMAIA
GARCES PEIRON ANA
SOLANILLA LECINA PALMIRA
CASTEL PANZANO ROSARIO
GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha desarrollado un calendario de de reuniones del equipo que ha diseñado un modelo de Gestión por Competencias en el servicio de RHB, que establece un perfil profesional de sus componentes, la elaboración ha seguido el calendario marcado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se implementa un documento que desarrolla el proyecto. se pone a disposición del los componentes del servicio, se establece un calendario de actualizaciones.
Se alcanza un diseño definitivo del modelo de GC, (SI)
% de miembros del servicio que responden al cuestionario, Objetivo 100%, resultado 80%
Se elabora una memoria con los datos obtenidos (SI)
Se establece un programa de formación y mejora de competencias (S)
Se diseña un ciclo de mejora continua sobre el modelo (S)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración es positiva en general, encontrando alguna dificultad en el establecimiento del calendario de reuniones, debido a la apretada agenda de trabajo. El proyecto es sostenible a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1343 ===== ***

Nº de registro: 1343

Título
DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION POR COMPETENCIAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
ALBAS TIERZ NURIA, AUDINA BENTUE MARIA TERESA, MANAU OMEDES CRISTINA, URRUTIA DIEZ AMAIA, GARCES PEIRON ANA, SOLANILLA LECINA PALMIRA, CASTEL PANZANO ROSARIO, GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El servicio de rehabilitación del Hospital San Jorge de Huesca se compone de dos terapeutas ocupacionales (TO), 14 fisioterapeutas, 6 TCAE y 3 médicos especialistas en RHB. Forma parte de uno de los servicios centrales del hospital y colabora con una parte importante de ellos, recibiendo pacientes derivados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1343

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION POR COMPETENCIAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE

principalmente por traumatología, reumatología, neurología, o geriatría y en menor medida neumología y el resto de servicios. Sin olvidar a la creciente derivación desde AP.
Esta diversidad de especialidades se traduce en una lista creciente de patologías y problemas de salud que requieren, como es lógico, de una especialización paralela por parte de los profesionales del servicio de rehabilitación que atenderá a esos pacientes.
Dado que las especialidades dentro del campo de la Fisioterapia o TO no están contempladas en el sistema nacional de salud, debe ser cada profesional, quien las desarrolle de forma individual, de acuerdo a su interés personal en un campo u otro de la rehabilitación (por no decir del amplísimo campo de la medicina).
Adolecen la inmensa mayoría de Servicios de RHB de los hospitales públicos de la inexistencia de un modelo de Gestión por Competencias (GC) que, de alguna forma, pueda paliar la citada carencia de reconocimiento oficial de las especialidades en esta disciplina. Nuestra propuesta es crear un modelo de GC, adaptado al servicio de rehabilitación que catalogue a cada profesional dentro de una especialidad de fisioterapia con el objetivo de proporcionar un tratamiento óptimo y de calidad a la diversidad de patologías que presentan los pacientes derivados a este servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

Diseñar, desarrollar e implantar un modelo de Gestión por Competencias en el servicio de rehabilitación de Hospital San Jorge, que nos permita conocer con exactitud el perfil profesional y el resto de capacidades de sus componentes, con objeto de dar una respuesta más precisa a la variedad de problemas que debemos atender, lo que redundará en una mayor efectividad en la atención al paciente.
Conocer las competencias de nuestros profesionales nos ayudará a definir con exactitud las técnicas en las que están formados y evaluar las necesidades de formación para conseguir una plantilla con una formación equilibrada que pueda dar una respuesta integral a las demandas del resto del servicios del hospital y, en definitiva, al paciente sin importar su patología.
Que el resto de servicios del hospital conozca las competencias del nuestro servirá para mejorar las derivaciones y optimizar recursos.

MÉTODO

El coordinador del proyecto establecerá un calendario de reuniones y reparto de tareas con el resto del equipo, a lo largo del presente año.
El servicio recibirá formación sobre el modelo de GC y las ventajas de su implantación.
Se elaborarán sucesivos borradores y se procederá a su desarrollo y aplicación de acuerdo un sistema de mejora continua del documento.
Se contempla su presentación al resto de servicios y su aplicación en las nuevas incorporaciones de profesionales al servicio.

INDICADORES

Al finalizar el calendario previsto:

1. Se alcanza un diseño definitivo de modelo de GC para el servicio de RHB. (S/N). Objetivo. Si
2. % de miembros del servicio que responden al cuestionario y entrevista diseñado: Objetivo: 100%.
3. Se elabora una memoria con los datos obtenidos. (S/N). Objetivo S.
4. Se establece un programa de formación y mejora de competencias de acuerdo a los resultados obtenidos. (S/N).
5. Se diseña un ciclo de mejora continua sobre el modelo de GC. (S/N)

DURACIÓN

1. Se iniciará el diseño en Junio de 2018.
2. Redacción del documento definitivo en Septiembre de 2018.
3. Implantación Octubre 2018.
4. Evaluación. Noviembre 2018.
5. Redacción de memoria y proyecto de formación y desarrollo de competencias. 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 - 2018/0070

1. TÍTULO

INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE CARLOS SERON ARBELOA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ MERCADER ANTONIO
GIMENEZ GIL RAFAEL
BESCOS ABIOL JORGE ANTONIO
OMEDAS BONAFONTE PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante un periodo de dos meses se realiza software de enlace entre las variables correspondientes del programa informático instalado en los servidores del hospital y de uso en la UCI, con los valores correspondientes del laboratorio, a la vez que se han realizado mejoras en la implementación del propio programa, para actualizarlo en relación a cambios de productos nutricionales, formatos de petición a farmacia, formatos de órdenes de tratamiento nutricional.....

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados han sido el aumento del numero de prescripciones nutricionales realizadas con la ayuda del programa de nutrición artificial, alcanzándose este año mas de 250 consultas al programa informático, con otras tantas prescripciones nutricionales, correspondientes a 80 pacientes. La practica totalidad de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos que han recibido nutrición artificial, enteral y/o parenteral. Los indicadores marcados en el proyecto eran numero de pacientes tratados y numero de prescripciones realizadas. Además hay una reducción del tiempo de consulta al programa al captar de forma automática todos los valores del laboratorio necesarios para realizar la prescripción nutricional artificial además de un evidente reducción de errores que puedan ser debidos a problemas en la transcripción manual que podrían llevar a cabo un error en la prescripción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda demostrado:

- 1.- la capacidad de formar equipos multidisciplinares entre estamentos diferentes, en este caso Clínicos en Informáticos
- 2.- la mejoría en el tratamiento de datos que ayuda a unas mejores prescripciones, en este caso de la Nutrición Artificial en la UCI, evitando errores de transcripción
- 3.- la reducción del tiempo necesario para hacer una prescripción nutricional adecuada al reducir al máximo la necesidad de teclear manualmente datos sensibles para el programa.
- 4.- la protocolización de una tarea que precisa varios pasos, que hace que hagamos un tratamiento nutricional protocolizado y a la vez individualizado a los pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Intensiva.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/70 ===== ***

Nº de registro: 0070

Título
INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI

Autores:
SERON ARBELOA CARLOS, LOPEZ MERCADER ANTONIO, GIMENEZ GIL RAFAEL, BESCOS ABIOL JORGE ANTONIO, OMEDAS BONAFONTE PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0070

1. TÍTULO

INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente existe un programa informatico de soporte nutricional artificial, utilizado en pacientes fundamentalmente de intensivivos, aunque puede usarse en el resto del hospital y que radica en un seridor del SALUD. Hasta el momento actual se introducen los datos de las analíticas precisas para el funcionamiento del programa, de forma manual. Tarea laboriosa que requiere tiempo y es propensa a errores. Esos datos son usados posteriormente en formulas e indicadores que establecen la recomendación nutricional, por lo que es preciso que sean correctos.

RESULTADOS ESPERADOS

Se trata de modificar el programa para que pueda leer de la base de datos de laboratorio los datos de las últimas analíticas y poder incorporarlas con un solo click de ratón, facilitando la tarea y disminuyendo la posibilidad de errores.

MÉTODO

Hay que desarrollar software para poder leer de laboratorio los datos precisos e integrarlo en el programa de nutrición.

INDICADORES

- 1 - Número de pacientes tratados.
- 2 - Número de analíticas capturadas e incorporadas.

DURACIÓN

Se prevé una duración de dos meses, desde inicio de Febrero para realizar la integración y el resto del año para comprobar la utilización correcta y corrección de errores.

OBSERVACIONES

el soporte nutricional artificial es una tarea importante en el contexto del paciente critico y en el posquirúrgico en general que debe de protocolizarse de forma adecuada y que exige un estrecho control.

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 - 2018/0086

1. TÍTULO

HUMANIZACION, ACOGIDA DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI Y DISEÑO DE UNA GUIA DE PRESENTACION DE LA UNIDAD

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE GEMMA MENDOZA MURO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UCI
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBAR VIVES INMACULADA
MARTINEZ POLO MARTA
BESCOS BAQUERO SANDRA
LAIRLA OLIVAN MARIA JOSE
ALFARO ESCARTIN MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

MARZO- formación del grupo de trabajo en marzo de 2018.

JUNIO- 1ª reunión del grupo de trabajo. Se presenta el proyecto a desarrollar. El proyecto se llevará a cabo en dos fases.

- 1ª fase: diseño de un tríptico informativo y de una guía para familiares de UCI. Año 2018

- 2ª fase: diseño del protocolo de acogida de familiares de pacientes ingresados en UCI. Año 2019

Presentación al equipo de un modelo orientativo de guía para comenzar a trabajar y repartición del trabajo.

Búsqueda bibliográfica.

Elaboración del guión. "conoce y acércate"

Selección de contenidos por subgrupos de trabajo. Marta y M. José asumen el tríptico. Sandra y Margarita asumen "el día a día de tu familiar, rutina diaria", . Inma asume "técnicas y procedimientos", Gemma asume el resto de la guía, el diseño, edición y maquetación.

OCTUBRE- 2ª reunión del grupo de trabajo.

Se seleccionan contenidos para el tríptico.

Se revisan contenidos para la guía.

Se comentan colaboradores que van a participar en la guía.

NOVIEMBRE- Reuniones de Gemma con los colaboradores por separado. 3 reuniones.

DICIEMBRE - 3ª reunión del grupo de trabajo donde se cierran contenidos y diseño elegido.

- Reunión con el jefe de servicio y con la supervisora actual de la UCI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha elaborado el tríptico de acogida a UCI para las familias de los pacientes que ingresan en UCI y una guía de Familiares, que se ha entregado a la Coordinadora de Formación para entregar a la Unidad de Calidad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los objetivos planteados van en la dirección de mejorar y minimizar el gran impacto que supone el ingreso de una persona en la Unidad de Cuidados Intensivos tanto para la familia como para el paciente a través de la acogida en la Unidad. Pensamos que la aplicación de este nuevo tríptico y guía de las familias de pacientes ingresados en UCI, mejorara el grado de satisfacción de las familias y del propio paciente, les implicará en sus cuidados como una pieza importante e implicará mas si cabe a los profesionales que imparten los cuidados. Queda pendiente para el año 2019 la entrega de los productos informativos ya maquetados y en fase de impresión, para evaluar los indicadores durante 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/86 ===== ***

Nº de registro: 0086

Título
HUMANIZACION, ACOGIDA DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI Y DISEÑO DE UNA GUIA DE PRESENTACION DE LA UNIDAD

Autores:
MENDOZA MURO GEMMA, ALBAR VIVES INMACULADA, MARTINEZ POLO MARTA, BESCOS BAQUERO SANDRA, LAIRLA OLIVAN MARIA JOSE, ALFARO ESCARTIN MARGARITA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0086

1. TÍTULO

HUMANIZACION, ACOGIDA DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI Y DISEÑO DE UNA GUIA DE PRESENTACION DE LA UNIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El ingreso de una persona en una Unidad de Cuidados Intensivos siempre es una situación especial, el paciente está crítico. Esta situación supone un proceso traumático que provoca en la familia una situación de crisis, preocupación y ansiedad. Existen investigaciones coincidentes en resaltar que las necesidades principales de las familias de pacientes ingresados en UCI son la información y la seguridad. Otras autoras como Concha Zaforteza consideran que dentro de las necesidades sentidas por los familiares están tener información comprensible, sentir esperanza, cercanía con el ser querido, soporte y confort. La acogida de la familia y elaboración de una guía donde se expliquen cuidadosamente las características, normativa y funcionamiento de la Unidad es esencial en el comienzo de esta relación familia-paciente-institución que se inicia con el ingreso de la persona en UCI.

RESULTADOS ESPERADOS

- Minimizar el impacto que supone el ingreso de una persona en la Unidad de Cuidados Intensivos para la familia a través de la acogida en la Unidad.
- Mejorar el grado de satisfacción de las familias al alta del paciente.
- Mejorar la calidad de los cuidados considerando que la familia es un elemento fundamental para el paciente.
- Implicar más a los profesionales en la acogida de la familia en la Unidad.

MÉTODO

- Creación de un grupo de trabajo "HUMANIZANDO LA UCI DE SAN JORGE" integrado por una representación de todos los colectivos sanitarios de la unidad.
- Diseño del protocolo de acogida de familiares de pacientes ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos.
- Diseño de una guía de presentación de la Unidad de Cuidados Intensivos para la familia.
- Presentación en el servicio del protocolo y la guía todos los profesionales sanitarios antes de su puesta en marcha.
- Entrega de la guía a las familias de los pacientes ingresados
- Evaluación del impacto de la guía sobre la satisfacción de la familia referente a la acogida que se les dispensa

INDICADORES

- Elaboración del protocolo de acogida. Estándar: Sí
- Elaboración de la guía de presentación de la Unidad. Estándar: Sí
- Número de profesionales formados / número total de profesionales x 100. Estándar >80%
- Número de guías entregadas/número de ingresos. Estándar >80% (desde el inicio de la fecha comienzo)

DURACIÓN

Formación del grupo de trabajo y reuniones programadas en los meses de Marzo, Mayo, Septiembre y Diciembre para la elaboración de la guía.

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 - 2018/0292

1. TÍTULO

JORNADA DE BIOETICA PARA LA CIUDADANIA

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE LORETO MARIA GARCIA MOYANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ZAMORA MOLINER ANA CRISTINA
LORES CASANOVA SOLEDAD
RODRIGUEZ MAÑAS JARA
FIGUEROLA NOVELL JANINA
ALAYETO GASTON MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Jornada de Bioética para la ciudadanía

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

ENCUESTA A PARTICIPANTES

Nº Encuestados: 39

Sexo: Total contestados: 39. 16 hombres, 23 mujeres.

Edad: Total contestados: 36. De 30-50: 11, de 50 a 70: 20, más de 70: 5.

Media de edad: 57 años.

AMBITO PROFESIONAL. Total contestados: 37 Excelente: 3 Muy bueno: 9 Bueno: 25.

La organización ha sido. Total contestados: 39 Excelente: 14 Muy bueno: 15 Bueno: 10.

El nivel de los contenidos ha sido. Total contestados: 39 Excelente: 16 Muy bueno: 14 Bueno: 8 Indiferente: 1.

La utilidad de los contenidos aprendidos. Total contestados: 36 Excelente: 6 Muy bueno: 17 Bueno: 11 Indiferente: 2.

La utilización de medios audiovisuales. Total contestados: 39 Excelente: 6 Muy bueno: 7 Bueno: 17 Indiferente: 6 Malo: 3.

La comodidad de la sala. Total contestados: 38 Excelente: 21 Muy bueno: 12 Bueno: 4 Indiferente: 1.

La duración ha sido. Total contestados: 37 Excelente: 6 Muy bueno: 20 Bueno: 11.

En general, la Jornada te ha parecido. Total contestados: 38 Excelente: 13 Muy bueno: 14 Bueno: 11.

Mi motivación ha sido. Total contestados: 38 Excelente: 3 Muy bueno: 15 Bueno: 20.

La asimilación de contenidos. Total contestados: 36 Excelente: 2 Muy bueno: 15 Bueno: 19.

La aplicación práctica de la Jornada. Total contestados: 39 Excelente: 4 Muy bueno: 17 Bueno: 16 Indiferente: 2.

Contenido de la ponencia. Total contestados: 35 Excelente: 13 Muy bueno: 13 Bueno: 9.

Tienen buena capacitación técnica. Total contestados: 36 Excelente: 10 Muy bueno: 11 Bueno: 15.

Han propiciado buena comunicación. Total contestados: 37 Excelente: 10 Muy bueno: 13 Bueno: 14.

Han cumplido los objetivos propuestos. Total contestados: 38 Excelente: 8 Muy bueno: 18 Bueno: 11 Indiferente: 1.

Observaciones sobre ponente/s. Total contestados: 1. "Profesionales muy cualificados y muy bien preparado el tema".

¿Recomendarías la Jornada? Total contestado: 38 Si: 38.

Valoración global de la Jornada (puntuación de 1 a 10). Total contestados: 26 Puntuación 5: 1. Puntuación 7: 3.

Puntuación 8: 7. Puntuación 8.5: 1 Puntuación 9: 8. Puntuación 9.5: 1 Puntuación 10: 5.

Media de puntuación: 8.22

Sugerencias de temas para otra Jornada: Total contestados: 3. "Aplicación de tareas más específicas que se realizan en el comité, cuidados paliativos", "Aportar documentación escrita", "Encarnizamiento terapéutico, cuidados paliativos".

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos logrado difundir entre los ciudadanos aspectos básicos sobre la Bioética y dar a conocer la existencia de los Comités de Ética, tanto asistenciales como de investigación, funciones, forma de trabajar y posibilidad de incorporarse a ellos. Valoraremos la posibilidad de repetir experiencia en otra ocasión dando más publicidad para aumentar la participación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/292 ===== ***

Nº de registro: 0292

Título
JORNADA DE BIOETICA PARA LA CIUDADANIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0292

1. TÍTULO

JORNADA DE BIOÉTICA PARA LA CIUDADANÍA

Autores:

GARCIA MOYANO LORETO MARIA, ZAMORA MOLINER ANA CRISTINA, LORES CASANOVA SOLEDAD, RODRIGUEZ MAÑAS JARA, FIGUEROLA NOVELL JANINA, ALAYETO GASTON MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todos y en poblacion sana
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Conciencia ética en profesionales y pacientes

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Uno de los objetivos principales del Comité de Ética Asistencial del sector Huesca es la formación y docencia en ética y a la difusión de las funciones del Comité tanto a ciudadanos como a profesionales.
Es por ello que se pretende llevar a cabo una Jornada de Bioética para toda la ciudadanía. Tratando los siguientes temas:

¿Qué son los Comités de Ética? ¿Qué tipos de comités hay en Aragón?
¿Qué es el Consentimiento informado? Conceptos de confidencialidad y intimidad.
¿Que son las voluntades anticipadas?
¿Por qué los ciudadanos deben participar en los Comités de Ética?
¿Cómo pueden participar los ciudadanos en el desarrollo de la Bioética?

RESULTADOS ESPERADOS

Difundir entre los ciudadanos aspectos básicos sobre la Bioética y dar a conocer la existencia de los Comités de Ética, tanto asistenciales como de investigación, funciones, forma de trabajar y posibilidad de incorporarse a ellos.

MÉTODO

Jornada de Bioética para la ciudadanía

INDICADORES

? Cuestionario de opinión del participante para jornadas, congresos y seminarios
La herramienta ha sido elaborada por el Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud para eValúa, aplicación para la gestión de la evaluación de la formación, teniendo en cuenta los criterios de calidad establecidos en los programas de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y los elementos de calidad que han sido destacados en el ámbito de esos procesos.
Cuestionario de satisfacción del docente participante en una actividad formativa
La herramienta ha sido elaborada por el Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud para eValúa, aplicación para la gestión de la evaluación de la formación, teniendo en cuenta los criterios de calidad establecidos en los programas de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y los elementos de calidad que han sido destacados en el ámbito de esos procesos.

DURACIÓN

Abril 2018, se valorara repetir experiencia a final de 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 - 2018/0509

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ROSARIO ELBAILE SARASA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAJA BUETAS ROSA
DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS
MARTIN FERRANDO FERNANDO
LOPEZ BRETOS ROSA
SERVETO GALINDO OLGA
PINIES LLORET LOURDES
OLIVAN ESCO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una vez formado un equipo multiprofesional, se realizaron distintas reuniones tras las cuales se elaboró un proceso del cual se deriva un plan de actuación ante catástrofes y emergencias múltiples externas (Anexo I del proceso), y se ha organizado un almacén de catástrofes de fácil acceso que contiene el material imprescindible para llevar a cabo la identificación y clasificación de los pacientes que lleguen al Servicio de Urgencias procedentes de un catástrofe externa. Este proceso ha sido revisado por la Unidad de Calidad y aprobado por la Dirección del Hospital San Jorge.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Optimizar la atención a las víctimas de una catástrofe externa que llegaran al Servicio de Urgencias (SU), manteniendo la asistencia de otros pacientes críticos o graves no procedentes de la emergencia externa. Organizar el funcionamiento del SU, mediante el establecimiento de los niveles de alerta adecuados a cada situación, teniendo en cuenta la disponibilidad de medios humanos y las circunstancias en que puede ocurrir. Establecer una secuencia de actuación específica para cada nivel de alerta declarado. Establecer una estructura de mando, asignando las correspondientes responsabilidades a cada escalafón de la estructura. Definir y establecer las áreas de atención a las víctimas. Definir el sistema de identificación y admisión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los hospitales que disponen de este tipo de planes de actuación cuentan con una propuesta de mejora en el sistema de actuación ante una emergencia o desastre externo, que permite prevenir y controlar aquellos incidentes que afectan al marco externo hospitalario, optimizando el uso de sus recursos tanto humanos como materiales. Se han analizado los indicadores propuestos, existiendo el plan de actuación frente a catástrofes externas, y se realiza la revisión semestral del almacén de catástrofes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/509 ===== ***

Nº de registro: 0509

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Autores:
ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO, CAJA BUETAS ROSA MARIA, OLIVAN ESCO MARIA PILAR, MARTIN FERRANDO FERNANDO, PINIES LLORET LOURDES, SERVET GALINDO OLGA, DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS, LOPEZ BRETOS ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0509

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La catástrofe se identifica como un hecho imprevisto y desafortunado que de manera brusca ocasiona un gran número de víctimas, existiendo, de manera puntual, una gran desproporción entre las necesidades y los medios disponibles. Una catástrofe es por tanto, un hecho sorpresivo y que únicamente puede contrarrestarse con una formación y organización previas, para lo cual es necesario disponer de planes y procedimientos que permitan controlar la situación y minimizar las posibles consecuencias.

El establecimiento de medidas adecuadas de organización y de seguridad pueden paliar las consecuencias de una catástrofe, siendo la correcta atención sanitaria a las víctimas humanas una prioridad por encima de cualquier otra consideración. El hospital es el destinatario de la mayor parte de las víctimas de una catástrofe, y el Servicio de Urgencias, la zona del hospital con mayor impacto en esta situación.

En el año 2000 la OMS establece la definición de "Hospitales Seguros" como indicador mundial en la reducción de los desastres, y define los planes ante catástrofes externas como aquellos que permiten desarrollar una actividad coordinada y eficiente ante situaciones que pueden comprometer la organización y la capacidad de respuesta hospitalaria.

Los hospitales que disponen de este tipo de planes cuentan con una propuesta de mejora en el sistema de actuación ante una emergencia o desastre externo, que permite prevenir y controlar aquellos incidentes que afectan al marco externo hospitalario, optimizando el uso de sus recursos tanto humanos como materiales.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Optimizar la atención a las víctimas de una catástrofe externa que llegan al Servicio de Urgencias (SU) manteniendo la asistencia a otros pacientes críticos o graves no procedentes de la emergencia externa.
- 2.- Organizar el funcionamiento del SU, mediante el establecimiento de los niveles de alerta adecuados ante cada situación, teniendo en cuenta la disponibilidad de medios humanos y las circunstancias en que puede ocurrir (horario laboral, de guardia, festivo).
- 3.- Establecer una secuencia de actuación específica para cada nivel de alerta declarado.
- 4.- Establecer una estructura de mando, asignando las correspondientes responsabilidades a cada escalafón de la estructura.
- 5.- Definir y establecer las áreas de atención a las víctimas
- 6.- Definir el sistema de identificación y admisión

MÉTODO

Elaborar un plan de actuación del SU, frente a catástrofes y emergencias múltiples externas, en el que se determine la organización del SU en cuanto a recursos humanos y materiales, niveles de alerta, cuándo activar dichos niveles, secuencias de actuación según niveles de alerta, todo ello dirigido a optimizar la atención a las víctimas.

INDICADORES

1) Existencia de un plan de actuación frente a catástrofes externas

- Área del indicador: Servicio de Urgencias
- Criterio de calidad: Seguridad
- Fórmula: Existencia del protocolo SI/NO
- Explicación de términos: El plan de actuación frente a catástrofes externas debe especificar la organización humana y material del SU frente a una catástrofe externa
- Población: Protocolos de Servicio de Urgencias
- Tipo: Estructura
- Fuente de datos: Censo de protocolos de Servicio de Urgencias
- Estándar: Si

2) Revisión semestral del almacén de catástrofes

- Área del indicador: Servicio de Urgencias
- Criterio de calidad: Seguridad
- Fórmula: Número de revisiones realizadas x100/ Número de revisiones previstas
- Explicación de términos: Revisión realizada: El contenido del almacén de catástrofes debe permanecer siempre en correcto estado y funcionamiento. Debe constar la persona y fecha que realiza la revisión. Revisión prevista: Se establece como adecuada una periodicidad semestral
- Población: Número total de revisiones realizadas en el periodo previsto
- Tipo: Proceso
- Fuente de datos: Documentación y registros del SUH
- Estándar: > 95%

DURACIÓN

Elaboración del plan en los 3 primeros trimestres del año 2018, darlo a conocer al SU en el último trimestre del año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0509

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

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 - 2018/0509

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE ROSARIO ELBAILE SARASA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CAJA BUETAS ROSA
DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS
MARTIN FERRANDO FERNANDO
LOPEZ BRETOS ROSA
SERVETO GALINDO OLGA
PINIES LLORET LOURDES
OLIVAN ESCO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Una vez formado un equipo multiprofesional, se realizaron distintas reuniones, tras las cuales se elaboró un proceso, del cual se deriva un plan de actuación ante catástrofes y emergencias múltiples externas (Anexo 1 del proceso), y se ja organizado un almacén de catástrofes de fácil acceso que contiene el material imprescindible para llevar a cabo la identificación y clasificación de los pacientes que lleguen al Servicio de Urgencias procedentes de una catástrofe externa. Este proceso ha sido revisado por la Unidad de Calidad y aprobado por la Dirección del Hospital San Jorge

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Optimizar la atención a las víctimas de una catástrofe externa que llegan al Servicio de Urgencias (SU), manteniendo la asistencia de otros pacientes críticos o graves no procedentes de la emergencia externa. Organizar el funcionamiento del SU, mediante el establecimiento de los niveles de alerta adecuados a cada situación, teniendo en cuenta la disponibilidad de medios humanos y las circunstancias en que puede ocurrir. Establecer una secuencia de actuación específica para cada nivel de alerta declarado
Establecer una estructura de mando, asignando las correspondientes responsabilidades a cada escalafón de la estructura
Definir y establecer las áreas de atención a las víctimas
Definir el sistema de identificación y admisión

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los hospitales que disponen de este tipo de planes de actuación cuentan con una propuesta de mejora en el sistema de actuación ante una emergencia o desastre externo, que permite prevenir y controlar aquellos incidentes que afectan al marco externo hospitalario, optimizando el uso de sus recursos tanto humanos como materiales. Se han analizado los indicadores propuestos, existiendo el plan de actuación frente a catástrofes externas, y se realiza la revisión semestral del almacén de catástrofes

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/509 ===== ***

Nº de registro: 0509

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Autores:
ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO, CAJA BUETAS ROSA MARIA, OLIVAN ESCO MARIA PILAR, MARTIN FERRANDO FERNANDO, PINIES LLORET LOURDES, SERVETO GALINDO OLGA, DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS, LOPEZ BRETOS ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0509

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La catástrofe se identifica como un hecho imprevisto y desafortunado que de manera brusca ocasiona un gran número de víctimas, existiendo, de manera puntual, una gran desproporción entre las necesidades y los medios disponibles. Una catástrofe es por tanto, un hecho sorpresivo y que únicamente puede contrarrestarse con una formación y organización previas, para lo cual es necesario disponer de planes y procedimientos que permitan controlar la situación y minimizar las posibles consecuencias.

El establecimiento de medidas adecuadas de organización y de seguridad pueden paliar las consecuencias de una catástrofe, siendo la correcta atención sanitaria a las víctimas humanas una prioridad por encima de cualquier otra consideración. El hospital es el destinatario de la mayor parte de las víctimas de una catástrofe, y el Servicio de Urgencias, la zona del hospital con mayor impacto en esta situación.

En el año 2000 la OMS establece la definición de "Hospitales Seguros" como indicador mundial en la reducción de los desastres, y define los planes ante catástrofes externas como aquellos que permiten desarrollar una actividad coordinada y eficiente ante situaciones que pueden comprometer la organización y la capacidad de respuesta hospitalaria.

Los hospitales que disponen de este tipo de planes cuentan con una propuesta de mejora en el sistema de actuación ante una emergencia o desastre externo, que permite prevenir y controlar aquellos incidentes que afectan al marco externo hospitalario, optimizando el uso de sus recursos tanto humanos como materiales.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Optimizar la atención a las víctimas de una catástrofe externa que llegan al Servicio de Urgencias (SU) manteniendo la asistencia a otros pacientes críticos o graves no procedentes de la emergencia externa.
- 2.- Organizar el funcionamiento del SU, mediante el establecimiento de los niveles de alerta adecuados ante cada situación, teniendo en cuenta la disponibilidad de medios humanos y las circunstancias en que puede ocurrir (horario laboral, de guardia, festivo).
- 3.- Establecer una secuencia de actuación específica para cada nivel de alerta declarado.
- 4.- Establecer una estructura de mando, asignando las correspondientes responsabilidades a cada escalafón de la estructura.
- 5.- Definir y establecer las áreas de atención a las víctimas
- 6.- Definir el sistema de identificación y admisión

MÉTODO

Elaborar un plan de actuación del SU, frente a catástrofes y emergencias múltiples externas, en el que se determine la organización del SU en cuanto a recursos humanos y materiales, niveles de alerta, cuándo activar dichos niveles, secuencias de actuación según niveles de alerta, todo ello dirigido a optimizar la atención a las víctimas.

INDICADORES

- 1) Existencia de un plan de actuación frente a catástrofes externas
 - Área del indicador: Servicio de Urgencias
 - Criterio de calidad: Seguridad
 - Fórmula: Existencia del protocolo SI/NO
 - Explicación de términos: El plan de actuación frente a catástrofes externas debe especificar la organización humana y material del SU frente a una catástrofe externa
 - Población: Protocolos de Servicio de Urgencias
 - Tipo: Estructura
 - Fuente de datos: Censo de protocolos de Servicio de Urgencias
 - Estándar: Si
- 2) Revisión semestral del almacén de catástrofes
 - Área del indicador: Servicio de Urgencias
 - Criterio de calidad: Seguridad
 - Fórmula: Número de revisiones realizadas x100/ Número de revisiones previstas
 - Explicación de términos: Revisión realizada: El contenido del almacén de catástrofes debe permanecer siempre en correcto estado y funcionamiento. Debe constar la persona y fecha que realiza la revisión. Revisión prevista: Se establece como adecuada una periodicidad semestral
 - Población: Número total de revisiones realizadas en el periodo previsto
 - Tipo: Proceso
 - Fuente de datos: Documentación y registros del SUH
 - Estándar: > 95%

DURACIÓN

Elaboración del plan en los 3 primeros trimestres del año 2018, darlo a conocer al SU en el último trimestre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0509

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

del 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 - 2018/0694

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA LA REVISION Y CONCILIACION TERAPEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ELENA BLESА CLАVERO
· Profesi3n MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELBAILE SARASA ROSARIO
CUARTERO CASIN CRISTINA
MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA
BAGE GIL AMAYA
MOYANO LEDESMA AMPARO
ESCOLANO PUEYO ANGEL
SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado varias reuniones para la elaboraci3n del protocolo, y para definir las actividades que debe realizar cada estamento, a lo largo de este a1o. Y se ha elaborado una guiа que define las medidas para la revisi3n de la medicaci3n de los pacientes del servicio de urgencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En proceso

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En proceso

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/694 ===== ***

Nº de registro: 0694

Título
IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA LA REVISION Y CONCILIACION TERAPEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
BLESА CLАVERO ELENA, ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO, CUARTERO CASIN CRISTINA, MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA, BAGE GIL AMAIA, MOYANO LEDESMA AMPARO, ESCOLANO PUEYO ANGEL, SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SEGURIDAD DEL PACIENTE
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La seguridad del paciente se ha convertido en los últimos tiempos en un elemento clave de la calidad asistencial, tanto para pacientes y familiares como para gestores y profesionales sanitarios, todos ellos desean una asistencia sanitaria segura, eficiente y efectiva. Sin embargo, la atención sanitaria es una actividad compleja, que acarrea riesgos para la salud de los pacientes, que pueden llevar a la aparición de eventos adversos. Los errores de medicación son una de las principales causas de morbilidad en el ámbito hospitalario, produciéndose la mitad de estos errores en procesos relacionados con la transición asistencial. La posibilidad de cometer estos errores se ve aumentada en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), ya que en el área del hospital donde se detectan un mayor número de errores de medicación prevenibles por paciente ingresado. La Conciliación de la medicación consiste en obtener una lista completa de la medicación previa del paciente,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0694

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA LA REVISION Y CONCILIACION TERAPEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

y compararla con la prescripción médica después de la transición asistencial. En este proceso es clave la participación activa del paciente y sus familiares. El objetivo es garantizar que a lo largo de todo el proceso asistencial el paciente recibe toda la medicación necesaria que estaba tomando previamente, con dosis, vía de administración y frecuencia correctas, adecuada a su situación actual. La conciliación debe ser un objetivo y una responsabilidad compartidos por todos los profesionales sanitarios, siendo la solución a los problemas derivados de los errores de mediación existentes en la práctica clínica diaria.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Revisar y actualizar toda la medicación de todos los pacientes que son atendidos en el SUH, para proporcionar una atención segura, y minimizar los errores de medicación y aparición de eventos adversos.
2. Conciliar la medicación de todos los pacientes que permanecen más de 24 horas en el SUH, y si permanecen menos de 24 horas priorizar aquellos fármacos cuyo tiempo de conciliación recomendado es menor de 4 horas.
3. Conciliar toda la medicación en las 6 primeras horas transcurridas desde la admisión en el SUH.

MÉTODO

Realizar una guía que defina las medidas generales para la revisión y conciliación de la medicación de los pacientes que acuden al SUH. Establecer las estrategias a seguir para conseguir la conciliación terapéutica en aquellas situaciones de alto riesgo de producir un evento adverso.

INDICADORES

- 1) Pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias con el tratamiento domiciliario revisado y actualizado
 - Dimensión: Seguridad
 - Fórmula: N° pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias con el tratamiento domiciliario revisado y actualizado/ N° pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias x 100
 - Explicación de términos: Se debe revisar y actualizar todo el tratamiento domiciliario del paciente, con el objeto de evitar errores de medicación, interacciones medicamentosas
 - Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias y dados de alta en el periodo revisado.
 - Tipo: resultado
 - Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
 - Estándar: Superior al 80%
- 2) Pacientes que permanecen más de 24 horas en el Servicio de Urgencias con el tratamiento conciliado
 - Dimensión: Seguridad
 - Fórmula: N° de pacientes que permanecen más de 24 horas en el SU con el tratamiento conciliado/ N° total de pacientes que permanecen más de 24 horas en el SU x 100
 - Explicación de términos: El paciente diana de la conciliación de la medicación en el SU, es el que permanece más de 24 horas en el SU, ya que es en el que la falta de conciliación puede acarrear la aparición de eventos adversos con mayor frecuencia
 - Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias que han permanecido más de 24 h en dicho servicio
 - Tipo: Resultado
 - Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias
 - Estándar: >90%
- 3) Pacientes a los que se concilia la medicación en las 6 primeras horas desde su ingreso en Urgencias
 - Dimensión: Seguridad
 - Fórmula: N° de pacientes a los que se concilia la medicación en las 6 primeras horas desde su ingreso en Urgencias/ N° total de pacientes que permanecen más de 6 horas en el SU x 100
 - Población: Pacientes que acuden a Urgencias y son dados de alta en el periodo revisado
 - Tipo: Resultado
 - Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias
 - Estándar: 50%

DURACIÓN

Realización de la guía en el tercer trimestre de 2018, implantándola en el último trimestre de 2018 para su inmediata aplicación.

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 - 2018/0972

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ANA ROSA MILLAN ACERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ PUERTOLAS ANA BELEN
PEREZ CLAVIJO GRETEHEL
CUARTERO CUENCA BERTA
PASTOR CEBOLLERO MARIA JESUS
ALONSO MORTE JONATAN
BUISAN CASBAS GEMMA
SANCHEZ LALANA EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de un Protocolo para el manejo del paciente que ha sufrido un TCE y que acude al SUH, indicaciones de pruebas complementarias pertinentes y los criterios del destino del paciente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El protocolo se implanta en el primer trimestre de 2019

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos creído conveniente la elaboración de esta guía que recoge las recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible y así poder realizar las actuaciones y pruebas complementarias necesarias para optimizar la atención al paciente afecto de un TCE

7. OBSERVACIONES.

Los indicadores quedan pendientes de evaluar una vez se implante el protocolo.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/972 ===== ***

Nº de registro: 0972

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA ATENCION AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
MILLAN ACERO ANA ROSA, SANCHEZ PUERTOLAS ANA BELEN, PEREZ CLAVIJO GRETEHEL, CUARTERO CUENCA BERTA, BUISAN CASBAS GEMA, PASTOR CEBOLLERO MARIA JESUS, ALONSO MORTE JONATAN, SANCHEZ LALANA EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Traumatismo Craneoencefálico (TCE) es definido como un intercambio brusco de energía mecánica que genera deterioro físico o funcional del contenido craneal, lo cual condiciona alguna de las manifestaciones clínicas siguientes: la confusión o desorientación, la pérdida de conciencia, la amnesia postraumática, otras anomalías neurológicas como los signos neurológicos focales, la convulsión y/o lesión intracraneal. Los TCE son una de las causas más importante de asistencia en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), aunque la mayoría de ellos (más del 90%) sólo precisaran observación cuidadosa durante 24-48 horas. Conllevan una morbilidad importante y constituyen la principal causa de muerte por traumatismo en cualquier grupo de edad, siendo en menores de 45 años la primera causa de muerte e incapacidad. En pacientes con edad avanzada las consultas en urgencias por caídas son comunes y los TCE son relativamente frecuentes. Esta patología

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0972

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

implica importantes costes para el sistema sanitario y para la sociedad en general, al ser responsable de un gran número de años potenciales de vida perdidos.

Todo paciente que ha sufrido un TCE producto de un accidente de cualquier tipo debe ser considerado un politraumatizado y, por ende, esto implica la necesidad de un minucioso examen físico general y valorar la realización de determinadas pruebas diagnósticas.

Por todo ello, creemos conveniente la elaboración de esta guía, que recogerá las recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, y así poder realizar las actuaciones y pruebas complementarias necesarias para optimizar la atención al paciente afecto de un TCE.

RESULTADOS ESPERADOS

- Realizar un protocolo de actuación del TCE que sirva de instrumento para una correcta evaluación y clasificación inicial, junto con unos cuidados precoces del paciente para identificar posibles signos de alarma.
- Definir los criterios para realización de estudios radiográficos (Tomografía Axial Computarizada (TAC) craneal y Radiografía de columna cervical).
- Definir los criterios de observación en el SUH, así como los criterios de ingreso hospitalario y/o traslado al servicio de referencia para atención especializada por neurocirugía.

MÉTODO

Elaborar un protocolo que incluya el manejo del paciente que ha sufrido un TCE y que acude al SUH, las indicaciones para la solicitud de las pruebas complementarias pertinentes, así como los criterios que definan el destino del paciente.

INDICADORES

- Registro de la escala coma Glasgow (GCS) desglosada al ingreso y al alta del paciente del SUH.
 - o Dimensión: Efectividad. Riesgo
 - o Justificación: La GCS es un factor pronóstico del TCE con buena relación con la existencia de lesión intracraneal.
 - o Fórmula: N° de pacientes con registro de GCS desglosada al ingreso y al alta del SUH / N° de pacientes atendidos por TCE x 100.
 - o Población: Pacientes con TCE atendidos en el SUH.
 - o Explicación de términos: Registro de la GCS en el informe de alta del SUH desglosando los 3 ítems (A+B+C).
 - o Tipo: Proceso.
 - o Fuente de datos: Documentación y registro del SUH.
 - o Estándar: 100%.
- Constancia en el informe del SUH de exploración neurológica y examen pupilar.
 - o Dimensión: Efectividad. Seguridad.
 - o Fórmula: N° de pacientes atendidos por TCE en los que se realiza exploración neurológica y examen pupilar / N° de pacientes atendidos por TCE x 100.
 - o Población: Pacientes con TCE atendidos en el SUH.
 - o Tipo: Proceso.
 - o Fuente de datos: Documentación y registro del SUH.
 - o Estándar: > 95%.
- Entrega de recomendaciones al alta domiciliaria.
 - o Dimensión: Seguridad. Continuidad.
 - o Justificación: La entrega de recomendaciones al alta domiciliaria al paciente atendido por TCE y/o a sus familiares evitará la demora para volver a consultar en caso de agravamiento del estado del paciente.
 - o Fórmula: N° de pacientes en los que consta la entrega de la hoja de recomendaciones al alta domiciliaria / N° de pacientes atendidos por TCE y dados de alta a domicilio del SUH x 100.
 - o Población: Pacientes atendidos por TCE en el SUH y dados de alta a domicilio.
 - o Fuente de datos: Documentación y registro del SUH.
 - o Estándar: 90 %.

DURACIÓN

Realización del protocolo en el tercer trimestre de 2018, implantándolo en el primer trimestre 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 - 2018/1036

1. TÍTULO

PROCESO PARA EL PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE LAURA MONTOLIO RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUARTERO CASIN CRISTINA
BLESA CLAVERO ELENA
OLIVAN ESCO MARIA PILAR
SANCHO RODRIGO MARTA
VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL
SANCHO GRACIA ELENA
MEJIA ESCOLANO DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Reuniones del grupo de mejora.
- Protocolo de sedoanalgesia.
- Consentimiento informado del proceso.
- Encuesta de satisfacción del proceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha realizado un protocolo de analgesia y sedación y todavía no se ha podido evaluar el impacto del proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- La importancia de la estandarización de la práctica clínica para disminuir la variabilidad de la misma disminuyendo la posibilidad de eventos adversos.
- El trabajo en equipo con la interacción de distintas especialidades que aportan diferentes puntos de vista sobre el mismo proceso, enriqueciendo el mismo.
- La importancia de aplicar técnicas de sedoanalgesia a aquellos pacientes que precisen procesos diagnósticos y terapéuticos que les generen estrés o dolor, mejorando la calidad asistencial haciendo más confortable la estancia del enfermo en el servicio de Urgencias.
- Ser conocedor de los fármacos que se utilizan, así como sus dosis y posibles fármacos antagonistas si se precisan.

7. OBSERVACIONES.
Recomendamos la realización de protocolos que consensuen la actuación de distintos servicios favoreciendo la interacción entre los mismos.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1036 ===== ***

Nº de registro: 1036

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SEDACION Y ANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS

Autores:
MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA, CUARTERO CASIN CRISTINA, BLESA CLAVERO ELENA, OLIVAN ESCO MARIA PILAR, SANCHO RODRIGO MARTA, VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL, SANCHO GRACIA ELENA, MEJIA ESCOLANO DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1036

1. TÍTULO

PROCESO PARA EL PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE

- a. En el SU se realizan procedimientos diagnósticos y ciertas técnicas que producen dolor y ansiedad en los pacientes. Se crea la necesidad de establecer unos protocolos de analgesia y sedación que puedan ser implementados por médicos de urgencias no especialistas en anestesiología, y así conseguir un control seguro del dolor y la ansiedad, proporcionar cierto grado de amnesia, evitar los movimientos del paciente durante la realización de distintas pruebas y minimizar la respuesta al estrés del paciente.
- b. Dicho protocolo mejorará la calidad asistencial, aportando a los pacientes los beneficios de la sedación minimizando los riesgos asociados.

RESULTADOS ESPERADOS

- Realizar un protocolo de sedoanalgesia para aquellos procedimientos que generen un estrés en el paciente.
- Que todo paciente que se aplique el protocolo tenga firmado el consentimiento informado.

MÉTODO

- Realización de protocolo de sedoanalgesia en el servicio de urgencias adecuado a varios grupos de pacientes distribuidos según edad y patología asociada, que puedan ser aplicados en la actuación diaria de los médicos de urgencias y pediatría del HSJ consensuado con los diferentes servicios del hospital San Jorge.
- Realización de un consentimiento informado adaptado para sedoanalgesia
- Realizar una valoración de la satisfacción del profesional y del paciente tras realizar el procedimiento.

INDICADORES

- a. Existencia de protocolo de sedoanalgesia
- Dimensión: Satisfacción. Seguridad.
 - Formulación: Existencia de protocolo SI/NO.
 - Población: Pacientes que acuden al servicio de urgencias con un proceso que precise de un procedimiento con sedoanalgesia.
 - Tipo: Estructura.
 - Fuente de datos: Censo de protocolos del Servicio de Urgencias.
 - Estándar: SI.
- b. Aplicación de protocolo de sedoanalgesia a mayores 14 años.
- Dimensión: Satisfacción y seguridad
 - Formulación: N° de pacientes mayores 14 años a los que se les realiza procedimiento diagnóstico-terapéutico con cierto grado de estrés atendido en urgencias del HSJ y se aplica el protocolo/ Total de pacientes > 14 años sometidos a dichos procedimientos x 100.
 - Población: Pacientes mayores 14 años atendidos en urgencias
 - Tipo: proceso
 - Fuente de datos: bases de datos de pacientes del S. Urgencias
 - Estándar: Superior al 90%
- c. Aplicación de protocolo de sedoanalgesia a menores 14 años.
- Dimensión: Satisfacción y seguridad
 - Formulación: N° de pacientes menores 14 años a los que se les realiza procedimiento diagnóstico-terapéutico con cierto grado de estrés atendido en urgencias del HSJ y se aplica el protocolo / Total de pacientes < 14 años sometidos a dichos procedimientos x 100.
 - Población: Pacientes menores 14 años atendidos en urgencias
 - Tipo: proceso
 - Fuente de datos: bases de datos de pacientes del S. Urgencias
 - Estándar: Superior al 90%
- d. Consentimiento de sedoanalgesia firmado
- Dimensión: Seguridad
 - Formulación: N° de pacientes a los que se les aplica el protocolo de sedoanalgesia y firman el consentimiento informado/ N° total de pacientes a los que se les aplica el protocolo de sedoanalgesia x 100.
 - Población: Pacientes atendidos en urgencias
 - Tipo: estructura
 - Fuente de datos:
 - Estándar: 100 %
- e. Complicaciones al aplicar el protocolo de sedoanalgesia
- Dimensión: Seguridad y efectividad.
 - Formulación: N° de pacientes a los que se les aplica el protocolo de sedoanalgesia y presentan alguna complicación con el mismo/N° de pacientes a los que se les aplica el protocolo de sedoanalgesia x 100.
 - Población: pacientes a los que se aplica el protocolo de sedoanalgesia
 - Tipo: resultado
 - Fuente de datos: bases de datos de pacientes del S. Urgencias
 - Estándar: menor al 10%

DURACIÓN

- Realización del proceso y protocolo.
- Dar a conocer el proceso y protocolo a los servicios implicados.
- Recoger los datos tras implantación del proceso en el primer trimestre de 2019.
- Comunicar los resultados al Hospital y Dirección.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1036

1. TÍTULO

PROCESO PARA EL PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE

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 - 2018/0510

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RECURSOS EN LA GESTION DEL TUMOR VESICAL MUSCULO-INVASIVO, DESDE LA RESECCION TRANSURETRAL HASTA LA REALIZACION DE LA CISTECTOMIA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ELENA CARCELLER TEJEDOR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA RUIZ RAMIRO
BONO ARIÑO MARIA ARACELI
BERNE MANERO JOSE MIGUEL
APARICIO JUEZ LARA
GARCIA ALARCON FRANCISCO JAVIER
SUBIAS BARDAJI PILAR
NAVAS PIEDRAFITA DANIELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha conseguido ampliar el espectro de pacientes visitados en la consulta especializada de Tumor Vesical del Hospital San Jorge de Huesca, ya que previamente estaba diseñada para el seguimiento de pacientes con tumores vesicales NO músculo-invasivo. En la actualidad, esta consulta especializada atiende al paciente de forma integral, desde su primer diagnóstico de tumor vesical, hasta el seguimiento que precisa incluso tras la realización de cistectomía en su caso.

Así, todos los pacientes intervenidos de tumor vesical, sea músculo-invasivo o no, al alta hospitalaria se derivan a esta consulta especializada.

Los pacientes con tumores vesicales no músculo-invasivos llevan un seguimiento muy estandarizado tras la realización de un Protocolo aprobado hace un año por la Unidad de calidad de este hospital. De la misma forma, y para estandarizar el seguimiento de los pacientes tras cistectomía, se ha realizado recientemente un "Protocolo de seguimiento de pacientes sometidos a cistectomía radical por tumor vesical", pendiente de aprobación. Por otro lado, se ha conseguido que la consulta de enfermería dedicada a las instilaciones vesicales se amplíe a 2 días semanales, con lo que dicha consulta se utiliza también para dilataciones uretrales o cuidados y manejo de la ostomía urinaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos cumplido los objetivos de nuestro proyecto inicial, cumpliendo con el calendario marcado y con los indicadores estándar.

Así, conseguimos:

- Control óptimo: Tiempo a diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Control de pacientes fuera de seguimiento

óptimo según Guías clínicas y los protocolos actuales del Servicio: <10%

- Cumplimiento del seguimiento propuesto Pacientes que cumplen el seguimiento correspondiente según protocolo /

Pacientes en seguimiento: >90%

- Procedimientos innecesarios o fuera de protocolo Procedimientos diagnósticos o terapéuticos fuera de protocolo

/Total de procedimientos realizados: <10%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al realizar una atención integral del paciente con tumor vesical, tanto los profesionales que los atendemos, como los propios pacientes, valoran esta consulta muy positivamente.

Son atendidos por los mismos profesionales, desde su primera consulta y todas las posteriores en el seguimiento estandarizado de su patología.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/510 ===== ***

Nº de registro: 0510

Título
OPTIMIZACION DE RECURSOS EN LA GESTION DEL TUMOR VESICAL MUSCULO-INVASIVO, DESDE LA RESECCION TRANSURETRAL HASTA LA REALIZACION DE LA CISTECTOMIA

Autores:
CARCELLER TEJEDOR ELENA, GARCIA RUIZ RAMIRO, BONO ARIÑO MARIA ARACELI, BERNE MANERO JOSE MIGUEL, APARICIO JUEZ LARA, GARCIA ALARCON FRANCISCO JAVIER, SUBIAS BARDAJI PILAR, NAVAS PIEDRAFITA DANIELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0510

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RECURSOS EN LA GESTION DEL TUMOR VESICAL MUSCULO-INVASIVO, DESDE LA RESECCION TRANSURETRAL HASTA LA REALIZACION DE LA CISTECTOMIA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La patología maligna más frecuente del tracto urinario es el tumor vesical, y es la patología urológica que genera más gasto sanitario.
La probabilidad de progresión (invasión muscular) de un tumor no músculo-invasivo es de unos 12% a los 5 años. El 43% de los pacientes a los que se realiza cistectomía corresponde a pacientes cuyo primer diagnóstico fue tumor vesical sin invasión muscular, pero que ha progresado con el tiempo.

Durante el año 2017, y como dos Proyectos de mejora de calidad del Servicio, pertenecientes a los Acuerdos de Gestión de 2016, se ha creado una consulta especializada en tumor vesical, con estandarización en el seguimiento y tratamiento de los diversos tumores vesicales no músculo-invasivos. Así, durante este tiempo, se ha conseguido ajustar y optimizar tiempos y pruebas complementarias acordes al riesgo de recidiva y/o progresión de cada paciente.

En nuestro Servicio de Urología se realizan en torno a unas 130 - 150 cirugías endoscópicas de tumor vesical y alrededor de unas 25 cistectomías al año, tras diagnóstico de tumor vesical músculo-invasivo.

RESULTADOS ESPERADOS

Ampliar el espectro de pacientes en la consulta especializada en Tumor vesical, ya que hasta el momento sólo se visitaban pacientes con enfermedad no músculo-invasiva; para los cuales se han elaborado distintos protocolos de actuación y seguimiento según grupos de riesgo.

Derivar estos pacientes ya en seguimiento en las consultas generales de Urología, a la consulta especializada en Tumor vesical.

Remitir al alta los pacientes cistectomizados a dicha consulta para seguimiento rutinario.

Plantear realizar una consulta de enfermería de ostomías urológicas.

Estandarización del seguimiento en consultas tras la intervención quirúrgica según la realización de un Protocolo orientado con las guías clínicas europeas de tumor vesical músculo-invasivo.

Optimizar recursos en la gestión de los tumores vesicales músculo-invasivos desde la resección transuretral hasta la cistectomía.

MÉTODO

Dos consultas semanales especializadas en pacientes con tumor vesical, además de la(s) consulta(s) semanal(es) de enfermería para instilaciones endovesicales de quimioterápicos para patología vesical. Posibilidad de ampliar esta(s) consulta(s) para dudas y/o complicaciones con los estomas urológicos.

Dos Facultativos Especialistas de la plantilla estructural del Servicio de Urología del hospital San Jorge, que son los encargados de atender esta Consulta especializada.

Una consulta coincidirá con el mismo día de la consulta de Enfermería e instilaciones endovesicales para agilizar dudas, complicaciones y seguimiento posterior a los tratamientos endovesicales.

La otra consulta será otro día de la semana diferente, ya que se precisará la sala utilizada para instilaciones para la realización de ecografías o cistoscopias propias del diagnóstico y/o seguimiento del paciente con Tumor vesical.

INDICADORES

INDICADOR	Explicación indicador	estándar
Control Óptimo: Tiempo a diagnóstico, tratamiento y seguimiento.		Control de pacientes fuera de seguimiento
Óptimo según Guías clínicas y los protocolos actuales del Servicio.		
< 10%		
Cumplimiento del seguimiento propuesto		Pacientes que cumplen el seguimiento correspondiente según protocolo
/ Pacientes en seguimiento		
> 90%		
Procedimientos innecesarios o fuera de protocolo		Procedimientos diagnósticos o terapéuticos fuera de
protocolo / Total de procedimientos realizados		
< 10%		

DURACIÓN

Duración: Permanente e indefinida.

Calendario:

- Mayo-Noviembre 2018: Se comenzará la derivación de los pacientes en seguimiento semestral por tumor vesical a las consultas especializadas y se seguirá su proceso evolutivo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0510

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE RECURSOS EN LA GESTION DEL TUMOR VESICAL MUSCULO-INVASIVO, DESDE LA RESECCION TRANSURETRAL HASTA LA REALIZACION DE LA CISTECTOMIA

- Noviembre-Diciembre 2018: Identificación y subsanación de problemáticas posibles acaecidas hasta el momento.
- Abril-Mayo 2019: Valoración de la situación tras un año de consultas especializadas en tumor vesical.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0515

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN COMITE DE TUMORES UROLOGICOS CONJUNTO PARA LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE RAMIRO GARCIA RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALDERERO ARAGON VERONICA
BERNE MANERO JOSE MIGUEL
LASTRA DEL PRADO RODRIGO
CARCELLER TEJEDOR ELENA
GARCIA ALARCON FRANCISCO JAVIER
DOLEZAL PETR
BONO ARIÑO MARIA ARACELI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mayo- Junio 2018: Se forma un equipo de Urología y Oncología médica que constituirá el germen del comité para, posteriormente y dependiendo de la dinámica, ampliar el mismo a otras especialidades implicadas en la atención sanitaria del paciente afectado por tumores urológicos. Se identifican los recursos disponibles para las reuniones considerando los mismos suficientes y se adquiere el compromiso de asistencia y colaboración por parte de los miembros del mismo. Se acuerda realizar reuniones con una periodicidad quincenal, en horario de jueves de 14 a 15 horas (dependiendo de la finalización de la actividad asistencial en cada caso), en la planta 4ª en el despacho de adjuntos del servicio de Urología. El objetivo inicial del comité es comentar casos que precisen derivación desde Barbastro a Huesca, una atención multidisciplinar o de una complejidad que requiera un consenso en la toma de decisiones.

- Junio- Agosto 2018: Se realizan una serie de reuniones en las que acordamos el control de los casos mediante la realización de una base de datos. Durante el período de verano desciende ligeramente la participación debido a la menor actividad asistencial y al período vacacional pero, a pesar de todo, se continúa con la actividad del mismo.

- Septiembre 2018 - Febrero 2019: Se pone en marcha el comité, se registran los casos y se toman decisiones consensuadas de los mismos. Se considera adecuado incluir al servicio de Radiodiagnóstico y de Anatomía Patológica en el mismo. Además y dado que se va a desplazar a nuestro centro un facultativo de Oncología Radioterápica, se considera óptimo que cuando esto suceda, se programe el comité el día en el que dicho facultativo se encuentre en nuestro centro para que pueda asistir al mismo. Durante este período se inician los trámites para dar oficialidad al comité desde el punto de vista de la normativa vigente, se contacta con la unidad de calidad para informarnos y se empiezan a elaborar los estatutos del comité.

- Marzo Abril 2019: Valoración del cumplimiento de objetivos, beneficios generados para el paciente, para la institución, agilidad y operatividad del mismo. Percepción de los profesionales implicados, sugerencias de mejora y ajustes/modificaciones de cara al siguiente año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el comité se han comentado 184 pacientes, 145 procedentes de Barbastro (78,8%), 34 de San Jorge (18,5%) y 5 missing (2,7%).

En cuanto a la localización del tumor, 103 pacientes presentaban un cáncer de próstata (56%), 40 de vejiga (21,7%), 34 de riñón (18,5%), 3 de testículo (1,6%), 2 de pene (1,1%), 1 de uréter (0,5%) y 1 origen desconocido (0,5%).

De acuerdo a los indicadores que fijamos en su momento para evaluar nuestro proyecto:

- Cumplimiento de calendario de reuniones: se fijó un estándar superior al 90% y, en este punto, hemos alcanzado el 100% puesto que se han llevado a cabo todas las reuniones que se han programado. Este alto cumplimiento se debe a que hemos adaptado el programa de reuniones al calendario, es decir, en cada comité se fijaba la fecha del siguiente que, en condiciones normales, era 15 días después pero que, en ocasiones y porque fuese festivo, podría adelantarse o retrasarse por lo que vemos que esta metodología ha impactado positivamente en el cumplimiento sin que lo haga negativamente en el manejo de los casos tratados.

- Resolución de casos: se fijó un estándar superior al 80% y se ha alcanzado un 95%. El 5% corresponde a casos que, por su complejidad, han precisado derivación a servicios de Urología de centros terciarios que dispusiesen de servicio de cirugía vascular y cardíaca (tumores renales con trombo en vena cava) o de pacientes que por su ideología no aceptaban transfusiones sanguíneas. El resto de pacientes han sido resueltos con recursos propios de los sectores de Huesca y Barbastro.

- Derivación de pacientes: Se trata de pacientes que fueron derivados a otro centro sin ser comentados previamente en el comité. En este punto se fijó un estándar inferior al 20%. En este punto resulta complejo indicar un grado de cumplimiento con precisión pero, sin duda, se encuentra por debajo del estándar marcado. La dificultad reside en que algunos casos muy complejos se pueden derivar directamente desde la consulta de Huesca o Barbastro y comentar en las sesiones de los servicios alcanzando consenso en la canalización a ese nivel y no considerando necesario que lleguen hasta el comité.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha de un comité de tumores constituye un importante reto tanto para los profesionales implicados como para los hospitales desde un punto de vista administrativo y de organización de los recursos. Sin duda, la motivación del equipo junto con el apoyo de las direcciones médicas han constituido los pilares fundamentales para que este proyecto haya podido iniciarse y avanzar. Nos queda pendiente otorgar al mismo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0515

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN COMITE DE TUMORES UROLOGICOS CONJUNTO PARA LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA

un marco formal basado en la normativa que regula los comités, para ello tenemos elaborado un borrador que hemos de consensuar en el comité en primera instancia, posteriormente contar con la aprobación de la comisión de tumores del hospital y, por último, de la dirección médica. Está siendo una experiencia muy gratificante para todos, pues no sólo se trata de optimizar recursos y de consensuar casos sino de conocer el aspecto multidisciplinar en patología urológica oncológica y nuestra responsabilidad de actualización de conocimientos, lo que repercute en el día a día en una mejor atención de nuestros pacientes.

Es un proyecto que es perfectamente reproducible en otros hospitales ya que no conlleva un gran uso de recursos sino de reorganizar de los que ya se dispone.

Un ambicioso objetivo al que deberíamos aspirar es al de protocolizar el manejo de todos los pacientes oncológicos de urología "estándar" de forma que en ambos sectores se lleve a cabo de la misma forma y usar el comité para aquellos pacientes que no tienen cabida en dichos protocolos de manejo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/515 ===== ***

Nº de registro: 0515

Título
PUESTA EN MARCHA DE UN COMITE DE TUMORES UROLOGICOS CONJUNTO PARA LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA

Autores:
GARCIA RUIZ RAMIRO, CALDERERO ARAGON VERONICA, BERNE MANERO JOSE MIGUEL, LASTRA DEL PRADO RODRIGO, CARCELLER TEJEDOR ELENA, GARCIA ALARCON FRANCISCO JAVIER, DOLEZAL PETR, BONO ARIÑO MARIA ARACELI

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La patología oncológica urológica supone una importante carga asistencial para los servicios de Urología de Aragón tanto desde un punto de vista de procedimientos quirúrgicos como de seguimiento en consultas, así como para los servicios de Oncología Médica.

En este sentido, tradicionalmente se han establecido vías de colaboración oficiosas entre servicios y entre hospitales ya que en ocasiones se comentan casos entre profesionales que generan dudas de manejo, que requieran tratamientos quirúrgicos complejos o un enfoque multidisciplinar.

Es por ello que creemos necesario dar oficialidad a esas vías de colaboración entre los Servicios de Oncología médica y Urología de los Hospitales de Barbastro y Huesca de forma que ya no sea una conversación telefónica a título individual entre profesionales la que de lugar a una canalización de pacientes sino que sean todos los profesionales implicados en la atención del paciente oncológico los que puedan aportar su punto de vista realizando un tratamiento integral del paciente oncológico de los sectores de Huesca y Barbastro minimizando diferencias entre sectores.

El objetivo 12 de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de salud establece que los centros hospitalarios que ofrezcan tratamiento oncológico pondrán en marcha comités de tumores que establezcan en plan terapéutico global, así el Hospital San Jorge es el centro de referencia del Sector Barbastro y, por ello, se plantea establecer dicho comité en nuestro centro.

RESULTADOS ESPERADOS

Implantar una comisión de tumores urológicos interhospitalaria periódica entre los sectores de Barbastro y Huesca para realizar un manejo integral del paciente con tumores urológicos cuyo diagnóstico, tratamiento o seguimiento requiera medios no disponibles en un determinado centro o cuyo manejo sea susceptible de tener una consideración multidisciplinar.

Posibilitar el intercambio de conocimientos entre profesionales de diferentes especialidades así como aumentar la motivación a la constante actualización científica en materia de Oncología Urológica.

MÉTODO

Establecer las vías de comunicación necesarias para lograr acordar un calendario de reuniones periódicas así

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0515

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE UN COMITE DE TUMORES UROLOGICOS CONJUNTO PARA LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA

como del contenido a tratar en dichas reuniones (casos controvertidos, elaboración de protocolos de seguimiento, derivación de pacientes que requieran tratamiento quirúrgico complejo...).

Se elaborarán actas de las reuniones en las que se incluirán los profesionales presentes así como los casos tratados.

Según los resultados obtenidos y las carencias detectadas, se plantearán otros recursos necesarios (por ejemplo incorporación de profesionales de otras especialidades).

INDICADORES

INDICADOR 1: Cumplimiento de calendario de reuniones

EXPLICACION 1: Reuniones realizadas / Total de reuniones programadas previamente

ESTÁNDAR 1: > 90%

INDICADOR 2: Resolución de casos

EXPLICACION 2: Casos "resueltos" sin precisar apoyo externo/ Total de casos comentados

ESTÁNDAR 2: >80%

INDICADOR 3: Derivación de pacientes

EXPLICACION 3: Pacientes derivados y comentados en comité/ Pacientes derivados sin ser comentados previamente en comité

ESTÁNDAR 3: <20%

DURACIÓN

- Mayo-Junio 2018: Conformación del equipo de Urología y Oncología médica que formará parte del comité. Realizar una serie de reuniones para identificar problemas en cada uno de los sectores y aportar ideas mediante técnica de brainstorming. Puesta en común de los mismos, toma de decisiones estratégicas previa realización de priorización de problemas. Consenso en periodicidad (calendario predefinido), forma, lugar, temas a tratar e integrantes del comité.
- Junio-Agosto 2018: Reparto de tareas, reuniones previas del comité a modo de simulacro, tratando casos reales e identificando problemas en la puesta en marcha.
- Septiembre-Febrero 2018: Puesta en marcha del comité, registro de los casos tratados y toma de decisiones.
- Marzo-Abril 2018: Valoración del cumplimiento de objetivos, beneficios generados para el paciente, para la institución, agilidad y operatividad del mismo. Percepción de los profesionales implicados, sugerencias de mejora y ajustes/modificaciones de cara al siguiente 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 - 2016/1712

1. TÍTULO

MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ANA MARIA RIVERA FUERTES
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP HUESCA
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUILLEN LORENTE SARA
ELDUQUE PALOMO AMADEO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Creación de las agendas monográficas
Formación en la detección, comunicación y terapia para el adecuado seguimiento de estos pacientes
Designación de responsables en el EAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Consultas monográficas creadas en los 14 Centros de Salud del Sector. Se partía de un valor inicial de 10.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Plantear mejor los objetivos, actividades e indicadores

7. OBSERVACIONES.
Se ha impartido, desde la plataforma de formación, un curso on-line de paliativos que finalizó en diciembre. En dicho curso no han podido ser admitidos todos los responsables de los centros y se deberían de realizar nuevas ediciones.
Tenemos que insistir en la utilización de las consultas monográficas y en la identificación de los pacientes subsidiarios de estos cuidados.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1712 ===== ***

Nº de registro: 1712

Título
MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR DE HUESCA

Autores:
RIVERA FUERTES ANA MARIA, CALVO GASCON ANA MARIA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, GUILLEN LORENTE SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se plantea esta mejora para conseguir identificar a tiempo y asegurar la continuidad de cuidados de los pacientes susceptibles de cuidados paliativos del Sector de Huesca, ya que sus características de dispersión y la existencia de un sólo equipo de ESAD, lo dificultan.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Creación de una consulta monográfica en los centros de salud.
2- Existencia de sesiones formativas a los miembros del EAP.
3- Que aumente el número de pacientes derivados al ESAD y disminuya su seguimiento por esta unidad aumentando el seguimiento por parte de los EAP.

MÉTODO
1- Designación de un responsable de cada EAP (en muchos ya existen profesionales con formación específica en Cuidados Paliativos)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1712

1. TÍTULO

MEJORIA EN LA ATENCION A LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS, SECTOR HUESCA

- 2- Cursos de formación en detección, habilidades de comunicación y terepeúticas, a definir por los profesionales: "formación de formadores"
 - 3- Talleres charlas de formación de estos profesionales a sus compañeros.
 - 4- Diseño e implantación en OMI de formularios para la detección NEC-PAL
- Seguimiento por la Comisión e CP de AP del Sector

INDICADORES

- 1- Consulta monográfica de cuidados paliativos en un mínimo de 10/14 EAP
- 2- Número de pacientes atendidos en la agendas de CP (consulta monográfica)
- 3- Comparativa 2016-2017 de número de pacientes vistos por el ESAD y media de visitas del ESAD a cada uno; objetivo: que haya más pacietnes vistos, menos veces.
- 4- Sesiones formativas a los miembros del EAP (mínimo 2 año)- Acta y registro de las mismas.

DURACIÓN

Noviembre 2016-Enero 2017 acabar de definir el proyecto: indicadores concretos, formación prevista.
Febrero-Marzo 2017 escoger profesionales de cada EAP y dar taller inicial de formación (ESAD)
Fecha de inicio de las consultas monográficas abril 2017, implantación progresiva según formación y mediciones trimestrales en cada reunión de la comisión de CP

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **