

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

Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2019

Número de memorias: 28 (Actualizado el lunes 22 de febrero de 2021 a las 09:08:59 horas)

Sector HUESCA

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
HU	AP	CS ALMUDEVAR	CAMPOS AVELLANA MARIA DEL CARMEN	2018_0849	S3	05/01/2021	VIVIR BAILANDO
HU	AP	CS AYERBE	PEREZ GAMAZO VANESSA	2019_0068	F	30/12/2020	PRIMEROS AUXILIOS Y RCO EN MI COLE
HU	AP	CS BERDUN	FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER	2019_0163	F	29/12/2020	TALLERES DE BIENESTAR EMOCIONAL EN LA COMUNIDAD
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	CLAVER GARCIA PAULA	2019_0327	F	21/12/2020	PASEOS SALUDABLES
HU	AP	CS BIESCAS-VALLE DE TENA	CARRES PIERA MARTA	2019_0409	S2	17/12/2020	MAPA:IMPLANTACION Y UTILIDAD EN UN CENTRO DE SALUD RURAL
HU	AP	CS BROTO	DE LOPE ROMEO MARIA	2018_1069	F	28/12/2020	BAXANDO TA ESCUELA
HU	AP	CS BROTO	TORRERO BESCOS YOLANDA	2019_1428	F	09/02/2021	MEJORA EN LA DETECCION, SEGUIMIENTO Y MANEJO DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO
HU	AP	CS HUESCA RURAL	DELGADO BAVAI PALOMA	2019_1153	F	13/01/2021	PROMOCION DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA A TRAVES DE LA ESCUELA
HU	AP	CS JACA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP	ESCANILLA SAMPER MARIA PILAR	2019_0130	F	02/12/2020	TALLER DE GIMNASIA DE SUELO PELVICO Y RELAJACION
HU	AP	CS JACA UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL	MARTINEZ SIPAN MARIA LORENA	2019_0176	F	02/12/2020	PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA
HU	AP	CS PERPETUO SOCORRO PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	PARDOS MARTINEZ LUIS CARLOS	2018_1504	F	15/12/2020	"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 UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL	RIVERO GRACIA YOLANDA	2019_1328	F	02/12/2020	TALLER DE HIGIENE BUCODENTAL Y ALIMENTACION SALUDABLE
HU	AP	CS SABIÑANIGO ADMISION Y DOCUMENTACION	CANO SANCHEZ MARGARITA	2019_0473	F	10/12/2020	INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS-DNP
HU	AP	CS SABIÑANIGO ATENCION CONTINUADA EN AP	VICENTE CAMPOMANES ELBA	2019_0798	F	26/11/2020	CONTINUACION DEL PROGRAMA DE EJERCICIO FISICO Y CONTROL DEFACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR ("CORAZON EN FORMA")
HU	AP	CS SABIÑANIGO	GOMEZ TAFALLA BLANCA	2019_0492	F	30/11/2020	LA SALUD VISITA EL COLE
HU	AP	CS SANTO GRIAL	ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS	2019_0149	S2	05/12/2020	OBSERVATORIO SANITARIO DE PERSONAS SOLAS: DETECCION, PERFIL Y MAPA
HU	AP	CS SANTO GRIAL	LANAO MARTIN ADOLFO	2019_1272	F	06/01/2021	JOVENES AUNQUE SOBRADEMENTE SALUDABLES
HU	HOSP	CSS SGDO CORAZON DE JESUS PSIQUIATRIA	GALAN LATORRE LETICIA	2019_0142	S2	13/01/2021	IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO DE VALORACION DEL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA
HU	HOSP	H SAN JORGE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	MIGUEL SANCHEZ ANA MARIA	2019_0432	S2	28/12/2020	CONTROL TELEMATICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR A OTROS HOSPITALES DEL SISTEMA SALUD PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES
HU	HOSP	H SAN JORGE DIGESTIVO	BELLOC BARBASTRO BLANCA	2019_1238	F	06/12/2020	MEJORA DEL ENVIO DE MUESTRAS DE TEST DEL ALIENTO CON UREA MARCADA CON C13 PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI REALIZADOS EN LOS CENTROS DE SALUD
HU	HOSP	H SAN JORGE HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA	ESTRADA FERNANDEZ MARIA EUGENIA	2019_0538	F	12/01/2021	MEJORA EN GESTION DE PROCESOS: ELABORACION DE PROCESOS Y PROTOCOLOS EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA
HU	HOSP	H SAN JORGE MEDICINA INTERNA	GAZOL PERIZ YOLANDA	2018_0817	F	10/12/2020	MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC
HU	HOSP	H SAN JORGE NEUROLOGIA	GARCIA FERNANDEZ LORENA	2019_0969	F	17/12/2020	CREACION DE PERFILES ANALITICOS DE SLICITUS FRECUENTE EN NEUROLOGIA EN HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MARTIN TARIFA LAURA	2019_0269	F	21/12/2020	VIA CLINICA PARTO NORMAL
HU	HOSP	H SAN JORGE OFTALMOLOGIA	ARA GABARRE MIRIAN	2019_0851	F	11/01/2021	CONSUMO DE COLIRIOS EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE
HU	HOSP	H SAN JORGE PEDIATRIA	RODRIGUEZ MAÑAS MARIA DEL MAR	2019_1024	F	23/12/2020	PROMOCION DE LA SALUD INTEGRAL. ALERTAS SANITARIAS
HU	HOSP	H SAN JORGE RADIODIAGNOSTICO	BORIA ALEGRE ALVARO	2019_0311	F	21/12/2020	INSTAURACION DEL TRATAMIENTO PERCUTANEO (ASPIRACION Y LAVADO) ECOGUIADO EN LA TENDINOPATIA CALCIFICANTE DEL MANGUITO ROTADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
HU	HOSP	H SAN JORGE URGENCIAS	MEJIA ESCOLANO DAVID	2019_0730	F	26/12/2020	IMPLANTACION DE UNA GUIA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON COLICO RENAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

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

1. TÍTULO

VIVIR BAILANDO

Fecha de entrada: 05/01/2021

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.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde Enero 2020 al 6 de marzo 2020 se realizaron 9 y 8 sesiones en Valsalada y Alcalá respectivamente. Durante dicho periodo se cumplió el calendario previsto, una sesión semanal salvo festivos. Se realizaron las actividades que se describen en el proyecto de forma presencial hasta la primera semana de marzo inclusive. Desde que se suspendieran las actividades presenciales, a causa de la pandemia, se han venido realizando las actividades de forma individual por los participantes en sus domicilios. La pauta de ejercicios elaborada en el año 2019 ha servido como guión y recordatorio para su realización en domicilio. Desde Marzo se han realizado contactos telefónicos con los participantes a modo de seguimiento constatando que realizaban la actividad varios días por semana y en algún caso a diario. Alguno de los participantes incluyó a su pareja u otros miembros del núcleo familiar conviviente para la realización de los ejercicios y pautas de relajación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las sesiones presenciales del primer trimestre fueron 9 en Valsalada y 8 en Alcalá cumpliéndose la programación. El número de participantes en estas sesiones fue superior al de 2019 alcanzando los 14 y 24 respectivamente. La media de asistencia fué de 6 y 14 respectivamente superando también a las del año anterior. El nivel de satisfacción, que se mide por encuesta al final del ejercicio, no se ha podido valorar de este modo dado que no se han retomado las sesiones presenciales, debido a la restricción de reunión, y la encuesta por teléfono no estaba prevista. Queremos destacar las manifestaciones de los participantes tanto en los contactos telefónicos como en visitas a la consulta donde se han recogido expresiones como:

" ¡Cuánto echamos de menos las reuniones y el tiempo que compartíamos haciendo ejercicio y hablando de nuestra salud!"
"¡Ojalá podamos volver a reunirnos pronto!"
"¡Cuánto bien nos hacían las reuniones para afrontar algunos desafíos !"
"Ahora si que necesitaríamos reunirnos para comentar nuestros miedos"
Han sido comunes en los participantes .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoramos muy positivamente el que haya sido un elemento incorporado a la rutina diaria o habitual y que además se hayan sumado otros miembros del núcleo de convivencia. Pensamos que ha servido como herramienta de normalización y acompañamiento diario ayudando al equilibrio emocional de los participantes que en su mayoría son mujeres mayores que viven con sus parejas en núcleos rurales con muy baja densidad demográfica. Creemos que la actividad ha influido positivamente en los participantes y sus convivientes como ejercicio de rutina normalizadora y estimulante en un año en que la situación de pandemia ha imposibilitado las reuniones y ha limitado nuestros movimientos de forma drástica. Estamos esperanzados y confiamos que en el 2021 podamos reanudar las sesiones presenciales al aire libre, si es posible a partir de Abril, cuando la temperatura exterior lo permita. Así mismo, tras la vacunación, retomaremos las sesiones según la planificación prevista con anterioridad a la pandemia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== 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 álgicos 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

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

1. TÍTULO

VIVIR BAILANDO

Número de sesiones realizadas
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 - 2019/0068

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS Y RCO EN MI COLE

Fecha de entrada: 30/12/2020

2. RESPONSABLE VANESSA PEREZ GAMAZO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS AYERBE
· Localidad AYERBE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABADIAS LIESA FRANCISCO
BARRECHE RIVARES MARIA
CASTRO MURILLO TRINIDAD
LANZAROTE NASARRE LOURDES
FRANCO CONSEJO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones con la profesora del colegio de Ayerbe, con el equipo sanitario del centro de salud. maniquis cedidos por la Unidad docente, material informatico elaborado por personal sanitario. presentacion de power point y desarrollo del taller en la fecha prevista, 26 de febrero en el colegio de Ayerbe, con una asistencia de 38 alumnos de 5 y 6 de primaria, que supone una asistencia del 90%. Se realizo una encuesta antes y despues del taller.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Asistencia superior al 90%
Cuestionario pre con un 85% de aciertos de 35 alumnos que acudieron.
Cuestionario post con el 94% de aciertos de los 35 alumnos que acudieron, se puede observar un aumento del 9% de la mejoría de los cuestionarios despues del taller.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la entrevista realizada a la profesora, me comento que esta actividad fue muy bien aceptada por los alumnos y que le solicitaron volver a realizarla mas veces. Como conclusion podriamos descartar que al comienzo de la actividad la gran mayoria de los alumnos se sentian inseguros y a lo largo del taller fueron cada vez mas participativos. Al finalizar la actividad el 100% de los alumnos conocian perfectamente el numero de telefono de emergencias .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/68 ===== ***

Nº de registro: 0068

Título
PRIMEROS AUXILIOS Y RCP EN MI COLE

Autores:
PEREZ GAMAZO VANESSA, CASTRO MURILLO TRINIDAD, LANZAROTE NASARRE LOURDES, FRANCO CONSEJO MARIA, ABADIAS LIESA FRANCISCO, BARRECHE RIVARES MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El colegio de Ayerbe valora la necesidad de realizar un taller práctico de primeros auxilios para los alumnos de 5º y 6º de Primaria. Consideramos que la RCP básica en el medio extra hospitalario es la práctica que mayor número de vidas puede salvar y se valora la necesidad de aprenderla desde la infancia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0068

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS Y RCO EN MI COLE

RESULTADOS ESPERADOS

Que los niños de 10/11 años de la escuela de Ayerbe sepan actuar ante una situación de urgencias.
Conocer numero de emergencia y como describir lo que ven.
Saber valorar la situación que tienen delante y si fuera necesario comenzar con la actuación recomendada para cada caso..

MÉTODO

Reunión con una de las profesoras del colegio de Ayerbe.
Reunión del equipo sanitario que va a realizar la actividad para organizar material y día.
Como recursos humanos, irán tres enfermeros del Centro de Salud de Ayerbe.
Como recurso material, maniquís cedidos por la unidad docente de Huesca.

INDICADORES

Realizar la actividad con al menos el 80 % de los alumnos (población diana: 35 alumnos) .
Realización de un test para saber los conocimientos pre y post a la actividad en el que se consiga más de un 80 % de respuestas satisfactorias.

DURACIÓN

Reunión y diseño de actividades: Enero 2019.
Realización de taller : el 26 Febrero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0163

1. TÍTULO

TALLERES DE BIENESTAR EMOCIONAL EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 29/12/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER FUENTES ARNALDOS

- 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
ARNAL BARRIO ANA MARIA
ABELLANAS JARNE LORENA
GARCES ROMEO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado tres reuniones de equipo: una en febrero, otra en marzo y la última en octubre. Las dos primeras reuniones para establecer las dinámicas de presentación, fechas de los talleres en las poblaciones receptoras, conocer diversas técnicas de relajación, estableciéndose como la más apropiada para nuestra población la técnica de relajación muscular progresiva de Jakobson y el control / observación de la respiración. Tras las dos primeras reuniones, se realizaron 12 talleres en 8 poblaciones con un total de 120 asistentes. Se han empleado como apoyo grabaciones con música relajante y voz en off indicando los pasos de la técnica referida de relajación muscular progresiva, y también se han proyectado cortos documentales destacando la importancia de las posturas correctas, movimientos pausados y controlados y formas adecuadas de respirar. La tercera reunión, en el mes de octubre se consideró: Establecer el calendario de nuevas sesiones que sirvan de refuerzo y recuerdo de las realizadas con el acuerdo de ampliar el objetivo haciendo hincapié en el uso de estas técnicas para mejorar el estado de conciencia en el momento actual ("el aquí y ahora"); Valorar la práctica en particular y las dificultades presentadas de los asistentes en estos últimos meses para resolver dudas u ofrecer soluciones particulares de apoyo Establecer los ítems para una encuesta que permita por un lado valorar el grado de satisfacción de los asistentes, ya sea para programar más sesiones de refuerzo en el futuro, y/o para establecer una consulta monográfica. Establecer los parámetros o medidas que permitan objetivar los beneficios de la práctica de estas técnicas de relajación (control de la ansiedad y del dolor) y que tal vez sea la cuestión que más dificultades nos pueda presentar y que obliguen a modificar alguno de los indicadores en la memoria final. En total y a lo largo del año 2019 se realizaron 19 sesiones o talleres en 9 poblaciones de nuestra área de salud y asistieron 161 personas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº de reuniones realizadas / Nº de reuniones previstas. 95%
Nº de temas abordados / Nº temas seleccionados. 100%
Nº de poblaciones con talleres realizados / Nº talleres programados. 95%
Nº de asistentes satisfechos / Nº asistentes. 92%
Nº grupos con continuidad en el tiempo / Nº grupos creados. 0%
Nº asistentes que consumen ansiolíticos o antidepresivos a los seis meses / nº asistentes que tomaban al inicio de la actividad algún ansiolítico o antidepresivo INDETERMINADO
Resistencia eléctrica de la piel antes de la actividad / resistencia eléctrica de la piel después de la actividad
NO REALIZADO POR MATERIAL DEFECTUOSO
Se realizó en participantes voluntarios otras medidas como la saturación de O2 y frecuencia cardiaca antes y después de una sesión de relajación, considerando los resultados indeterminados según el observador y la falta de práctica continuada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En las entrevistas personalizadas sobre los talleres realizados, la opinión generalizada ha sido de aceptación e interés, siendo mayoritariamente bien recibida, sin embargo valorada la continuidad de las actividades enseñadas a nivel particular, ha sido menor de lo esperado. Como conclusiones se destacan:
Predominio de asistentes femeninos sobre masculinos y de edad superior a 50 años. Los talleres que trataban sobre la relajación con el control de la respiración fueron mejor aceptados o entendidos que los que trataron sobre la relajación muscular progresiva. El uso de los parámetros o medidas objetivas como el descenso en el consumo de ansiolíticos y analgésicos como resultado de las sesiones de relajación han sido demasiado ambiciosos y estarían más acordes con un seguimiento más continuado y personalizado en pacientes voluntarios, lo que abriría la posibilidad de establecer sesiones monográficas que permitirían tratar las deficiencias o dificultades en particular para corregirlas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0163

1. TÍTULO

TALLERES DE BIENESTAR EMOCIONAL EN LA COMUNIDAD

de forma más eficiente y mejorar la motivación para una continuidad más seguida y no esporádica. Consideramos, en función de la replicación de estos talleres, la importancia de hacer hincapié en la población receptiva, que las técnicas de relajación enseñadas no deben ser relegadas a momentos puntuales de ansiedad y/o dolor, sino que deben ser practicadas con cierta asiduidad para estar familiarizado en su uso en los momentos que realmente se precisen para aliviar la sintomatología descrita, así como para mejorar la toma de conciencia del momento presente siguiendo los principios básicos del "mindfulness", que era otro de los objetivos considerados en la última reunión del equipo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/163 ===== ***

Nº de registro: 0163

Título
TALLERES DE BIENESTAR EMOCIONAL EN LA COMUNIDAD

Autores:
FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER, GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN, ARNAL BARRIO ANA MARIA, ABELLANAS JARNE LORENA, BAZTAN OLLETA LAURA, GARCES ROMEO TERESA, SUSINOS JUSTE FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras la realización de charlas y talleres en la comunidad, se nos ha comentado en numerosas ocasiones, si bien de manera informal, el interés en realizar alguna actividad en relación con el bienestar emocional, sobretodo en relación con métodos de relajación.
Aprovechando la formación recibida por 2 profesionales médicos en bienestar emocional, nos hemos propuesto iniciar el trabajo con la población en estos aspectos ya que además es una línea estratégica del SALUD para este año.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana serían adultos que o bien demanden esta actividad o aquellos en que los profesionales del centro de salud creen que se pueden beneficiar de estas técnicas.
El objetivo final sería dotar a estas personas de las herramientas básicas para el control del malestar emocional y la introducción de estas técnicas en el manejo de la ansiedad.
Nuestro objetivo sería que con estos talleres, la población pudiera seguir la actividad de manera autónoma.
Utilizar estas técnicas para evitar la cronificación del dolor.

MÉTODO
3 reuniones del EAP para fijar los objetivos y coordinar la actividades a realizar, básicamente:
- Reconocimiento del malestar emocional
- Técnicas de respiración profunda
- Otras técnicas de relajación básicas: tensión-relajación muscular, visualizaciones..
- Bases del mindfulness o atención plena
Publicitar la actividad en la población
Selección de las personas susceptibles a participar en la actividad.
Realización de las actividades en 3 poblaciones en 3 sesiones anuales.

INDICADORES
Nº de reuniones realizadas / Nº de reuniones previstas. 100%

Nº de temas abordados /Nº temas seleccionados. 75%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0163

1. TÍTULO

TALLERES DE BIENESTAR EMOCIONAL EN LA COMUNIDAD

Nº de poblaciones con talleres realizados / Nº talleres programados. 75%

Nº de asistentes satisfechos / Nº asistentes. 80%

Nº grupos con continuidad en el tiempo / Nº grupos creados. 50%

Nº asistentes que consumen ansiolíticos o antidepresivos a los seis meses / nº asistentes que tomaban al inicio de la actividad algún ansiolítico o antidepresivo 30%

Resistencia eléctrica de la piel antes de la actividad / resistencia eléctrica de la piel después de la actividad 100%

DURACIÓN

Planificación. Febrero-marzo 2019

Talleres abril-noviembre 2019

Evaluación: diciembre 2019

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 - 2019/0327

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES

Fecha de entrada: 21/12/2020

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.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el año 2020 se debía haber continuado con el proyecto Paseos Saludables, debido a la pandemia COVID 19, la imposibilidad para la realización de actividades grupales este proyecto no ha podido realizarse.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados obtenidos se basan en los resultados del año 2019.

Se valoraron tras las tres primeras sesiones la valoración general que hacían los propios pacientes de las sesiones y las consideraban que cumplían sus propios objetivos; dada la respuesta positiva se completaron las dos siguientes sesiones y se completaron con las teóricas.

La media de pacientes al día en las sesiones fue de 9.2, exceptuando las teóricas a los que acudieron 28 y 32 pacientes

Los indicadores que se valoraron fueron:

1. Satisfacción de pacientes: Valoramos de 0 (nada satisfecho) a 10 (totalmente satisfecho): la totalidad de los pacientes mostraron un grado de satisfacción elevado mayor de 8 en todos los casos

2. Demanda en consulta/Comienzo en la realización de otras actividades/ Socialización : Se evidenció una disminución de la demanda en consulta las semanas en las que se realizaban las sesiones, en ningún caso hubo demanda por estado emocional en esas semanas, en cambio si se evidenció mejoría clínica en el estado psíquico, pues la socialización en esta actividad animó a los pacientes participantes a comenzar a acudir al centro social para realizar otras actividades como canto y costura que hasta entonces no hacían, quedándose en sus casas lo cual aumentaba su aislamiento, en la gran mayoría de los casos se debía a perjuicios sobre la opinión que otros tendrán (algo muy habitual en los pueblos pequeños).

3. Retirada de medicación: En un caso fue posible la retirada de medicación antidepresiva que una paciente llevaba tomando varios años, ya que la paciente mejoró anímicamente tanto por la realización de ejercicio físico como por la socialización con los vecinos del pueblo.

4. La edad media de los pacientes fue de 78.25 años, no hubo cambios en el peso ni en tensión arterial, manteniéndose estables; pero los pacientes sí expresaron posteriormente en consulta la mejoría subjetiva en su estado físico.

5. Las sesiones teóricas sirvieron para dar a conocer conceptos como nutrición y prevención de los riesgos en los hogares de nuestros mayores, fueron muy bien acogidas. La referente al tema de la nutrición sacó la conclusión mayoritaria que tiene un gran peso las costumbres y hábitos y es difícil el cambio en personas de edad avanzada pese a que haya enfermedades intercurrentes como por ejemplo la hipertensión y la diabetes. En el caso de la prevención de riesgos en el hogar, se hizo incapié en la prevención de caídas y accidentes fundamentalmente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los objetivos se cumplieron en el año 2019, los participantes se concienciaron de la necesidad de caminar a diario unos 30-40 minutos, mejorando la adherencia a realizarla con personas que se encontraban en su misma, se minimizó la soledad y aislamiento en los hogares de pueblos. La mejoría física subjetiva así como la psíquica evidenciada clínicamente hacen que los objetivos del proyecto se cumplieran en el año 2019. Por desgracia en el año 2020 el proyecto no se ha podido llevara cabo y dada la situación epidemiológica actual se da este proyecto por concluido, pues desconocemos cuando se volverán a cumplir las condiciones para poder llevara cabo estos proyectos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/327 ===== ***

Nº de registro: 0327

Título
PASEOS SALUDABLES

Autores:
CLAVER GARCIA PAULA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0327

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Nos encontramos en un pueblo del norte del pirineo, con población envejecida, muchos de los vecinos viven solos porque ya han perdido a sus parejas o bien porque sus hijos o bien viven fuera del pueblo o bien están trabajando gran parte del día. Nuestras personas mayores reflejan a diario en la consulta, sobre todo en la época invernal, que en esta zona es alrga y dura por las condiciones climatológicas, la soledad. En Sallent de Gallego se cuenta con instalaciones municipales que pueden ser usadas por los vecinos pero que muchas veces están infrautilizadas, así mismo contamos con un entorno natural que invita a caminar y hacer ejercicio físico. Valoramos iniciar unas sesiones inicialmente semanales que consisten en ir a caminar por el entorno natural durante una hora los miércoles, posteriormente se realizan ejercicios de estiramientos y a esto se suman sesiones didácticas en el centro social del pueblo. Los días que por las condiciones climatológicas no lo permiten, es el en centro de día donde se llevan a cabo actividades físicas isométricas.

RESULTADOS ESPERADOS

Inicialmente la población a la que va dirigida es a los vecinos del pueblo mayores de 65 años, hacemos incapie desde el centro de salud en la unión al grupo de los pacientes que es desde donde se hace la captación activa. Contamos dentro del grupo con dos responsables que hacen la acogida y acompañan en las andadas a los vecinos. Se intenta conseguir la socialización de los pacientes con sus vecinos, mejorar la forma física y mantener actividad física diaria de los mismos como una forma de mejorar la salud tanto física con mental y prevenir riesgos en la población anciana

MÉTODO

Inicialmente se realiza captación activa desde el consultorio médico y se colocan carteles por el pueblo donde se explica la actividad. Se plantean sesiones semanales los miércoles a las 11h de 1-1.30 minutos de duración, paseos siempre acompañados y subdivididos en dos grupos por nivel de resistencia física. Los paseos se llevan a cabo por los alrededores del pueblo. Todas las sesiones acaban con sesiones de estiramientos que se realizan por parte del personal médico del consultorio al finalizar. Si las condiciones climatológicas no lo permiten en el centro de día se realizan actividades de características de mantenimiento. Cada dos meses realizamos puesta al día, valorando perspectiva que los pacientes tienen de la actividad y damos algunas sesiones sobre: alimentación, prevención riesgos en el hogar...estas sesiones se realizan en el centro de día del pueblo.

INDICADORES

-se valora la satisfacción de los pacientes de 0 (nada satisfecho) a 10 (totalmente satisfechos)
-Se valora la disminución de la demanda en consulta por temas referentes al estado emocional de los pacientes
-Se valora el estado físico de los pacientes, la mejora subjetiva y la mejora en datos clínicos (peso, tensión arterial)
-Se valora pacientes a los que ha sido posible retirar fármacos
-se valora mejora de la socialización y comenzar a realizar en esos grupos otro tipo de actividades

DURACIÓN

El proyecto se inicia con periodicidad semanal desde 1 de Enero de 2019 hasta final del mismo, con vistas a seguirlo manteniendo con activo de la zona

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 - 2019/0409

1. TÍTULO

MAPA:IMPLANTACION Y UTILIDAD EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Fecha de entrada: 17/12/2020

2. RESPONSABLE MARTA CARRES PIERA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CLAVER GARCIA PAULA
BOBE PELLICER MARIA ANGELES
CALVO LACASTA ELENA
BOSQUE OROS ANNADEL
SALCEDO GIL MARISOL
SORIA JAIME AZUCENA
SISTAC BARRIO MICHEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades iniciadas en el año 2019 de este proyecto que se plantea seguir durante el año 2020 se ven truncadas por el fallo tecnico del aparato y la declaracion de l aestado de alarma por la covid por la que se paralizan todas las consultas programadas.Al reanudar dicho proyecto estamos en noviembre del 2020 y seguimos con problemas con el volcado de las mediciones que hace imposible hacer cualquier prograso en el mismo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No hay mediciones debido a los problemas tecnico y de volcado y de que durante la mayoria el año la atencion programada no se ha podido llevar a cabo.Actualmente se vuelve a retomar este proyecto al comprobar que ya esta operativo y el volcado y las mediciones se hacen correctamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Sigue habiendo tanto a nivel de equipo como de los usuarios una clara demanda de este recurso,ya que un diagnostico temprano y un adecuado tratamiento nos permiten incidir de forma mas favorable sobre la prevencion de las complicaciones de la HTA.

7. OBSERVACIONES.

Dado que durante el año 2020 ha sido imposible poder desarrollar dicho proyecto,propomenos mantenerlo durante el 2021.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/409 ===== ***

Nº de registro: 0409

Título
MAPA: IMPLANTACION Y UTILIDAD EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Autores:
CARRES PIERA MARTA, CLAVER GARCIA PAULA, BOBE PELLICER MARI ANGELES, CALVO LACASTA ELENA, BOSQUE OROS ANNADEL, SALCEDO GIL MARISOL, BETRAN LACASTA CRISTINA, BANET RISCO MARI CARMEN

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

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La hipertensión arterial es una de las patologías que con mas frecuencia vemos en nuestras consultas. Un correcto diagnóstico temprano y la adecuación del tratamiento permiten controlar de manera mas eficiente uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. La tension arterial experimenta fluctuaciones a los largo del dia y en periodos actividad/descanso y en nuestro centro dada la dispersion geografica y en ocasiones las dificultades para acudir con frecuencia a la consulta para la toma de TA, se implanta el uso de MAPA: descartar la hipertension de bata blanca, HTA refractaria, modificaciones de la medicacion, HTA oculta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0409

1. TÍTULO

MAPA:IMPLANTACION Y UTILIDAD EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

(efecto inverso de la bata blanca)

Se crea una agenda sala de MAPA en la que diariamente se puede citar un paciente, somos cuatro cupos y nos vamos citando a los pacientes en funcion de criterio medico-enfermeria cuando se considera que cumple las condiciones dichas anteriormente de indicacion de MAPA

RESULTADOS ESPERADOS

- El proyecto se aplica a todos los mayores de 14 años diagnosticados de HTA de bata blanca, HTA refractaria, HTA que requiere modificaciones en la medicacion o HTA oculta
- Se espera conseguir un buen control de las cifras de TA gracias al MAPA porque nos muestra las variaciones del ritmo circadiano y permite de esta manera una mejor adecuacion del tratamiento
- satisfacion por parte del usuario dado el mejor control de su enfermedad y evitando citas continuas para control de TA en consulta

MÉTODO

Se realiza formacion del personal medico y de enfermeria de acuerdo al programa y funcionamiento del aparato En consulta se explica a los pacientes en que consiste la monitorizacion ambulatoria de la TA y los beneficios que obtenemos

Se crea la sala en la agenda OMI del centro de salud

INDICADORES

- Se valora el numero de MAPA realizados a lo largo del año en la poblacion con diagnóstico de HTA
- A los pacientes que se coloca la monitorizacion se valora el grado de control de cifras de TA tras este y una vez adecuada la medicacion
- demanda de pacientes con diagnóstico de HTA tras colocar MAPA por mal control de cifras de TA
- satisfacion por parte de los usuarios y percepcion de control de su enfermedad

DURACIÓN

Se inicia en Enero de 2019 y su duracion sera anual. Se realizaran tres evaluaciones anuales para valorar los indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1069

1. TÍTULO

BAXANDO T'A ESCUELA

Fecha de entrada: 28/12/2020

2. RESPONSABLE MARIA DE LOPE ROMEO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BROTO
· Localidad BROTO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO
PALAZON FRANCO MARTA
GUILLEN BELIO MARIA ELENA
FERNANDEZ SERON ITZIAR
LANAU LACORT ANA
BURRIEL MESEGUER ANA LUISA
PEREZ MARINAS RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante 2020 se han realizado 4 charlas/talleres en los tres colegios del CRA Alto Ara de nuestra zona de salud (Broto, Fiscal y Torla):

27 Enero 2020: RCP básica para niños de 10-14 años (Broto)
28 Enero 2020: RCP básica para niños de 3-9 años (Broto)
4 Febrero 2020: RCP básica para niños de 3-12 años (Torla)
6 Marzo 2020: RCP básica para niños de 3-12 años (Fiscal)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En 2020, como queda reflejado en los registros del Centro de Salud se realizaron 4 charlas, todas ellas en el primer trimestre del año (segundo trimestre escolar), al menos una en cada uno de los tres centros cumpliendo así con el estándar esperado. El tercer trimestre del curso 19/20 se suspendió por la pandemia y en el primer trimestre escolar del curso 20/21 no se ha podido realizar ninguna charla. No se realizaron encuestas de satisfacción pero de manera verbal se nos transmitió por parte del equipo directivo la felicitación y la necesidad de seguir contando con el EAP para acudir a los centros escolares cuando la situación lo permita.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pese a haber comenzado el año 2020 con energías renovadas debido principalmente a la buena acogida por parte de los niños y del profesorado del CRA Alto Ara y también a la renovación del equipo de mejora debido a cambios en la plantilla del EAP, la irrupción inesperada de la pandemia mundial por el SARS-Cov2 provocó la terminación abrupta del curso escolar a mediados de Marzo. Aunque el curso se volvió a iniciar en Septiembre, los protocolos tanto del Departamento de Educación como del Departamento de Sanidad, desaconsejaban entrar a las aulas a personal externo. Consideramos que después del inicio tibatante en 2019 y la consolidación al menos en el primer trimestre de 2020, se han sentado las bases para que la relación Centro de Salud-Centro Escolar sea una constante todos los años y que el proyecto "Baxando t'a escuela" se convierta en una actividad comunitaria consolidada la zona de salud de Broto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1069 ===== ***

Nº de registro: 1069

Título
"BAXANDO T'A ESCUELA"

Autores:
DE LOPE ROMEO MARIA, PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO, PALAZON FRANCO MARTA, NAVARRO CABAÑAS GUIOMAR, RIVERA GUIRAL ESTEFANIA, BELLES LLERDA RAQUEL, TORRERO BESCOS YOLANDA, GUILLEN BELIO MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BROTO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención en población sana
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1069

1. TÍTULO

BAXANDO T'A ESCUELA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Siguiendo la Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón, promovida recientemente por el departamento de Sanidad, el Equipo de Atención Primaria de Broto quiere iniciar un proyecto dirigido a los niños y niñas en edad escolar (infantil y primaria) de nuestra zona de Salud.

En nuestra zona de Salud la escolarización en esas edades se realiza en el Centro Rural Agrupado "Alto Ara", al que pertenecen 4 centros escolares, en Broto, Torla, Fiscal y Boltaña, este último fuera de nuestra zona de salud. En el curso 2016/2017 se escolarizaron 176 alumnos (42 en Broto, 31 en Fiscal, 18 en Torla y 84 en Boltaña)*. El CRA "Alto Ara" pertenece a la Red Aragonesa de escuelas promotoras de la salud (RAEPS) y por ello entendemos que, a nuestro juicio, la colaboración con el CRA resulta ideal para nuestro primer acercamiento a la Atención Comunitaria.

Nuestra intención es acercar a las aulas mediante charlas y actividades orientadas según grupos de edades, una serie de temas que el Equipo de Atención Primaria propondrá inicialmente sobre estilos de vida saludable, alimentación, higiene y lavado de manos, higiene bucodental, primeros auxilios, nociones de RCP, prevención de consumo de tabaco y alcohol... etc, y que serán los propios profesores del CRA y las AMYPAS quienes decidirán qué temas les parecen más pertinentes de los propuestos o si prefieren que se hable de otro tema, y así hacerles partícipes en el desarrollo del proyecto.

*Fuente: opendata.aragon.es/servicios/cras/evolucion-alumnos

RESULTADOS ESPERADOS

El primer y más importante objetivo de este proyecto es acercar el Centro de Salud a la comunidad.

De manera más específica se espera que los niños y niñas hasta 12 años de nuestra zona de salud tomen conciencia de la importancia de llevar un estilo de vida saludable y aumenten sus conocimientos en los temas tratados.

Como objetivo secundario, aprovechando la difusión del proyecto y las relaciones con las AMYPAS, trataremos de reactivar el Consejo de Salud de Zona, que no se reúne desde hace más de tres años .

MÉTODO

Tras elaborar una lista de posibles temas a tratar, se contactará con la dirección del CRA "Alto Ara" y las AMYPAS para que elijan al menos tres temas que consideren de interés para sus alumnos/hijos.

El responsable de cada tema elaborará y diseñará una charla o planteará una actividad para llevar a cabo en función de la edad de los niños y niñas destinatarios. Así mismo diseñará un pequeño test de evaluación para los niños mayores de 6 años.

Se planificará una charla trimestral en cada una de las escuelas de nuestra zona (Fiscal, Broto y Torla). Al final de cada charla se pasará un test de evaluación a los mayores de 6 años .

Se realizará una encuesta de satisfacción entre los profesores del CRA y los padres después de la última charla del curso.

INDICADORES

Nº de Charlas/actividades realizadas. Se espera realizar al menos 3 en cada centro de nuestra zona durante el año académico. Fuente: Registro propio

Adquisición de conocimientos en los niños tras asistir a las charlas/actividades. Se espera que la media aritmética de los resultados en los tests de evaluación sea superior al 60% de la máxima nota posible.

Índice de satisfacción: Se espera que el resultado de las encuestas de satisfacción sea superior al 80%

Reunión del Consejo de Salud de Zona: Se espera que se realice hasta Junio de 2019 al menos una reunión.

DURACIÓN

Junio 2018: Elaboración de listado de posibles temas a tratar en las escuelas.

Junio 2018: Reparto de temas a preparar entre los componentes del equipo.

Junio 2018-Abril 2019: Preparación de exposiciones, charlas, material y/o actividades, cuestionarios de evaluación de cada tema y encuesta de satisfacción.

Septiembre 2018: Propuesta de temas a tratar a los profesores del CRA y las AMYPAS

Septiembre 2018: Elaboración de calendario definitivo de sesiones en las escuelas

Septiembre 2018 - Junio 2019: Realización de al menos una charla trimestral en cada uno de los centros de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1069

1. TÍTULO

BAXANDO T'A ESCUELA

nuestra zona

Junio 2019: Evaluación y, según resultados, dar continuidad al proyecto en los siguientes cursos académicos

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 - 2019/1428

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCION, SEGUIMIENTO Y MANEJO DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

Fecha de entrada: 09/02/2021

2. RESPONSABLE YOLANDA TORRERO BESCOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BROTO
· Localidad BROTO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LANAU LACORT ANA
BURRIEL MESEGUER ANA LUISA
DE LOPE ROMEO MARIA
RUBIO GONZALEZ PAULA
FERNANDEZ SERON ITZIAR
PEREZ MARINAS RAQUEL
PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizo en Febrero 2020 una sesión recordatoria sobre registro en planes personales de OMI para que el registro de la actividad "Valoración Pie diabético" sea adecuado para el correcto reflejo en el aplicativo web del Cuadro de mandos de diabetes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha realizado valoración del pie diabético durante los dos años que ha durado el proyecto al 52,45% de los diabéticos (En la memoria de seguimiento al primer año era solo del 23,2%): Aún así sigue distando mucho del estándar que queríamos alcanzar (90%)
- De los pacientes de riesgo moderado (13) se han podido realizar 2 revisiones en el 46% de ellos. También lejos del 90%.
- No se han identificado pacientes de riesgo alto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Desgraciadamente 2020 ha sido un año marcado por la sobrecarga de trabajo extra debido a la pandemia de COVID que limitó la actividad programada, a la prohibición de actividades formativas en los centros sanitarios y a la limitación de la presencialidad hasta la desescalada progresiva. Aún así observamos con satisfacción que ha aumentado considerablemente el porcentaje de diabéticos a los que se les ha hecho una exploración de su pie y valoración del riesgo respecto a la memoria de seguimiento realizada hace un año. El equipo está concienciado y está convencido de que los resultados se irán acercando paulatinamente a los objetivos marcados.

7. OBSERVACIONES.

Debido a traslado y/o jubilación del personal de enfermería durante el periodo correspondiente al proyecto a evaluar, el equipo de mejora quedó finalmente constituido por el que figura en la cabecera de esta memoria

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1428 ===== ***

Nº de registro: 1428

Título
MEJORA EN LA DETECCION, SEGUIMIENTO Y MANEJO DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

Autores:
TORRERO BESCOS YOLANDA, BELLES LLERDA RAQUEL, DE LOPE ROMEO MARIA, RUBIO GONZALEZ PAULA, FERNANDEZ SERON ITZIAR, PALAZON FRANCO MARTA, PEREZ MARINAS RAQUEL, PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BROTO

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.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1428

1. TÍTULO

MEJORA EN LA DETECCIÓN, SEGUIMIENTO Y MANEJO DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

PROBLEMA

El programa de Atención integral a la diabetes mellitus en Aragón de Mayo de 2014 establecía varias líneas de atención a las complicaciones crónicas, siendo una de ellas la atención al pie diabético. La prevalencia del pie diabético se estima entre el 8 y el 13% de los pacientes diabéticos. Los problemas derivados de la atención al pie son uno de los principales capítulos de gasto en la atención a la diabetes en todo el mundo, en especial las amputaciones, por lo que es importante un tratamiento temprano y una estrategia de prevención. Es imprescindible la revisión adecuada de los pies en todos los diabéticos para valorar el riesgo y proceder en consecuencia. En nuestro centro, durante 2018 se había revisado los pies en menos de la mitad de los pacientes diabéticos quedando el 58,06% sin revisión a 31 de Diciembre de 2018, una cifra que ofrece, sin duda, un gran margen de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo 1: Mejorar la tasa de revisión de los pies de los diabéticos de nuestra zona de salud
Objetivo 2: Realizar las revisiones aconsejadas por el programa de Atención integral a la diabetes mellitus en Aragón. (Una vez al año en pies con riesgo bajo, dos veces al año en pacientes con riesgo moderado y al menos 3 veces al año en pacientes con riesgo alto
Objetivo 3: Derivar a la Unidad de Ulceras crónicas del Hospital Sagrado Corazón de Jesús (unidad de referencia en la atención al pie diabético de nuestro Sector) a todos los pacientes con pies de riesgo alto.

MÉTODO

Sesión formativa en el equipo sobre la Estrategia del pie diabético en Aragón y su circuito asistencial.
Sesión formativa sobre exploración del pie diabético.
Captación activa a los diabéticos de cada cupo haciendo hincapié en aquellos en los que no conste revisión de los pies. Establecimiento de la periodicidad de la revisión de cada paciente en función del riesgo. Los pacientes saldrán de la consulta con la cita para la siguiente revisión.
Derivación a la Unidad de referencia de pie diabético a los pacientes con pie de riesgo alto.

INDICADORES

INDICADOR 1: Revisiónpie. Numerador: Pacientes diabéticos a los que conste revisión de sus pies; Denominador: Pacientes diabéticos.
Fuente: Aplicativo web del Cuadro de mandos de diabetes
Estandar: 90%
INDICADOR 2: Riesgomoderado. Numerador. Pacientes con riesgo moderado a los que consten 2 revisiones en el último año. Denominador: Pacientes con riesgo moderado
Fuente: OMI-AP
Estandar: 90%
INDICADOR 3: Riesgoalto: Numerador: Pacientes con riesgo alto a los que consten 3 revisiones en el último año. Denominador: Pacientes con riesgo alto
Fuente: OMI-AP
Estandar: 90%
INDICADOR 4: Derivacion: Numerador: Pacientes con riesgo alto derivados a la unidad de pie diabético. Denominador: Pacientes con riesgo alto
Fuente: OMI-AP
Estandar: 100%

DURACIÓN

ABRIL 2019: Sesiones formativas
MAYO-DICIEMBRE 2019: Realización de las actividades
DICIEMBRE 2019: Evaluación del proyecto. Análisis de resultadosy decisión sobre continuidad o fin de 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 - 2019/1153

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA A TRAVES DE LA ESCUELA

Fecha de entrada: 13/01/2021

2. RESPONSABLE PALOMA DELGADO BAVAI
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HUESCA RURAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BLANCO GIMENO VERONICA
ASO GOTA PILAR
MERIZ RUBIO JULIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del 2019 se realizaron 2 charlas con la temática Enfermedades de Transmisión sexual y Anticoncepción. En mayo de 2019 se realizó la primera charla impartida por la matrona Verónica Blanco y la médico Julia Mériz. Se pasó un cuestionario de 12 preguntas, algunas con respuestas abierta para valorar conocimientos y otras de respuesta SI/NO. Se realizaron antes y después de la exposición. La segunda se realizó el 8 de Noviembre, ya que la programada para septiembre debió ser suspendida al realizar los alumnos huelga por el medioambiente, lo que trastocó el organigrama inicial de sesiones. En dicha charla predominaron las alumnas, en la otra en su totalidad eran varones. Se añadió un cuestionario de 16 preguntas sobre ACO. Tras esta reunión, la dirección nos manifestó su satisfacción con el proyecto e indicaron especial interés en charlas relativas a RCP y nutrición. En Enero 2020 se acordó con el centro educativo realizar 3 sesiones de RCP, (1 por trimestre) desdoblándolas en grupos más pequeños de alumnos al ser una actividad mas práctica, sin embargo dado la pandemia no se pudieron llegar a realizar. Tras el reinicio de las clases en octubre se habló con el centro para realizar alguna sesión formativa sobre el Covid, lo que nos pareció una idea excelente, pero con la llegada de la 3º ola en Noviembre, la jubilación de 3 profesionales en el centro y la falta de material para poder realizar una sesión virtual en condiciones con el colegio no hemos sido capaces de poder realizarla aunque nuestra idea, si la situación epidemiológica nos lo permite, sería realizarla a lo largo de este primer trimestre del año 2021.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la primera encuesta de Mayo sobre 12 preguntas, la puntuación media obtenida antes de la exposición fue de 6'85 y la posterior 8'83, eso supuso una mejora porcentual de un 16 % de la nota media. En el caso de la segunda charla realizada en Noviembre, la matrona Verónica Blanco objetivó una mayor participación e interés por parte de las alumnas asistentes, mientras que en el grupo de mayo, todo alumnos masculinos, se hicieron menos preguntas y eran enfocadas hacia las ETS. En este caso la nota media pre exposición fue de 8 sobre 12 y las post 10'2, es decir la mejora de las puntuaciones de un grupo respecto el otro fue de un 11 % con un porcentaje de mejora intragrupal similar del 16 % aproximadamente. En el cuestionario sobre ACO de 16 preguntas los resultados fueron 10 inicial alcanzando un 12'5 final, manteniendo el porcentaje de mejora observado en todas las encuestas previas de un 16 % aproximadamente. Para posteriores exposiciones, aunque las encuestas son anónimas, se intentará valorar los resultados según el sexo, ya que en este caso por ejemplo, sí ha sido manifiesta la diferencia a la hora de conocimientos y el foco de interés según el género, algo que aplicado en nuestra consulta diaria nos podría resultar de gran utilidad para reforzar aspectos que damos por sabidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Si bien el proyecto era novedoso para todos, la experiencia ha sido muy positiva para todas las partes implicadas, profesionales sanitarios, profesores y alumnos. Desde un inicio nos pareció un proyecto sostenible, viable e integrador tanto para el personal del centro, ya que permite la colaboración de todos en mayor o menor medida, como para los profesores y alumnos, dejando la puerta abierta a temas que sean de su principal interés. Ser sabedores de la realidad de la información que manejan nuestros adolescentes es fundamental para detectar los principales puntos débiles de nuestro sistema que a la larga en muchas ocasiones se reflejan en las patologías que observamos en nuestras consultas y consideramos es clave para planificar una prevención adecuada y ajustada a la realidad. Lamentablemente, debido a la situación de pandemia, la jubilación de varios profesionales sin sustitución, etc., no hemos podido desarrollar el proyecto en toda su extensión. En estos meses vamos a intentar conseguir los medios para hacer una sesión virtual con ellos acerca del coronavirus, que creemos será de gran provecho y mantemos la ilusión de que toda esta situación vuelva a la normalidad y podamos retomarlo. El proyecto es perfectamente sostenible, viable, y abre una vía de comunicación bidireccional extraordinaria convirtiéndose en una fuente de información imprescindible para nuestro trabajo

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1153 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1153

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA A TRAVES DE LA ESCUELA

Nº de registro: 1153

Título
PROMOCION DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA A TRAVES DE LA ESCUELA

Autores:
DELGADO BAVAI PALOMA, ASO GOTA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HUESCA RURAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: prevención de patología más frecuente en la población diana adolescente
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La adolescencia es la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta la edad adulta. se trata de unos años de importante cambio físico, psíquico y social que pueden determinar drásticamente la vida del individuo. Según la OMS cada año mueren 1'3 millones de adolescentes en el mundo, en la mayoría de casos por causas prevenibles o tratables. La principal causa de muerte son las accidentes de tráfico, seguido de VIH, suicidio, infecciones respiratorias y actos violentos, sin olvidar lo problemas derivados de embarazos precoces, consumo de tabaco, alcohol y drogas, sedentarismo y trastornos mentales.
En nuestro medio esta casuística se repite, con un alza en los últimos años de las enfermedades de transmisión sexual o aparición de nuevas adicciones como es el caso de las nuevas tecnologías.
Ante una consulta realizada por el Centro Integrado de Educación de Formación Profesional Monteargon, en la que planteaban dudas en la actuación y prevención con un alumno portador de VIH, surge la idea de realizar una serie de ciclos formativos que respondan a las principales cuestiones planteadas por el alumnado y el centro en lo referente a los principales problemas de salud que pueden afectar a este rango de edad.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es la prevención, o al menos favorecer la detección precoz y problemas de salud relacionados con la adolescencia. Se trata de charlas previamente convenidas con la dirección del centro referentes a problemas de salud en la adolescencia, ETS; métodos anticonceptivos, consumo de drogas, maniobras de RCP básica, alimentación en el deporte, ... dirigidas al alumnado principalmente con el fin de aportar la información necesaria para que puedan prevenir situaciones, o detectar de un modo más precoz su presencia facilitando el posible tratamiento de las mismas y evitando complicaciones, así como valorar el grado de información, desinformación que poseen de estos temas y evitar los "falsos mitos" que suelen circular entre estas edades

MÉTODO
De acuerdo con el centro de estudios se ha elaborado un plan de trabajo, donde los distintos profesionales del centro van a ir realizando charlas de las distintas temáticas establecidas, acordando las fechas y horarios con el centro de modo que se puedan organizar las agendas de ambos centros. La duración de las mismas no sobrepasará la hora a fin de mantener la atención de los alumnos. Siguiendo el calendario escolar se realizarán una charla cada mes / 2 mes según la disponibilidad del centro en función de las vacaciones escolares y época de exámenes. Se harán presentaciones y según el tema a tratar (por ejemplo RCP) se dispondrá de recursos prácticos y grupos más reducidos, siendo necesario reafirmar varias sesiones.
En un primer momento la participación del alumnado será pasiva con posibilidad de responder preguntas y resolver dudas, sin embargo según se vaya desarrollando el proyecto, se intentará hacerlos cada vez más participes del mismo con una postura más activa, valorando otros posibles formatos, sobre todo según el tema a tratar.

INDICADORES
Con la colaboración del centro se pasarán encuestas a los alumnos para valorar sus conocimientos previos sobre el tema a tratar. Dicha encuesta se repetirá pasada la charla a fin de valorar la mejora de conocimientos en dichos temas

DURACIÓN
El proyecto se va a iniciar al primera quincena de Mayo con la charla sobre Enfermedades de transmisión sexual, a través de un médico y una enfermera y se reanudará con el próximo curso académico.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1153

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA A TRAVES DE LA ESCUELA

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 - 2019/0130

1. TÍTULO

TALLER DE GIMNASIA DE SUELO PELVICO Y RELAJACION

Fecha de entrada: 02/12/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR ESCANILLA SAMPER
· Profesión MATRONA
· Centro CS JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN AP
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTON AGUARON NOELIA
ZUBIAURRE BASSAS PILAR
GAVIN BLASCO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REALIZACIÓN DE 4 SESIONES DE UNA HORA DE RECONOCIMIENTO DE SUELO PÉLVICO, EJERCICIOS PARA FORTALECERLO Y HABITOS SALUDABLES PARA MANTENER UNA BUENA SALUD DEL MISMO.
-SE REALIZARON TÉCNICAS DE RELAJACIÓN AL FINALIZAR LAS SESIONES.
-2 SESIONES SE REALIZARON EN HECHO Y OTRAS DOS EN ANSÓ. PARA FACILITAR LA ASISTENCIA DE LAS USUARIAS.
-SE COLORACION CARTELES EN EL CENTRO DE SALUD Y SE LES INFORMÓ EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA, MEDICINA Y MATRONA.
-SE AVISÓ A LAS PERSONAS QUE PARTICIPAN EN GRUPOS
-SE REPARTIERON FOLLETOS CON LA IMPORTANCIA DEL SUELO PÉLVICO Y EJERCICIOS PARA REALIZAR.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE REALIZARON ENCUESTAS AL FINALIZAR CADA UNA DE LAS SESIONES:
-ASISTENCIA DE UN 90% DE LAS USUARIAS APUNTADAS
-SATISFACCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE UN 100%
-SATISFACCIÓN DE LA PONENTE DE UN 100%
-SATISFACCIÓN DEL LUGAR IMPARTIDO 100%
-INCORPORACIÓN DE LOS EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO E HIGIENE POSTURAL A LA VIDA DIARIA 50% SÍ, 30% NO RESPONDE, 20% NO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CON ESTE PROYECTO HEMOS PRETENDIDO QUE LAS MUJERES DE LA ZONA CONOZCAN Y RECONOZCAN SU SUELO PÉLVICO Y LA IMPORTANCIA DEL MISMO A LO LARGO DE LA VIDA.
EN GENERAL EXISTE UN GRAN DESCONOCIMIENTO DE LA MUSCULATURA DE ESTA ZONA Y LAS IMPLICACIONES DE SU DEBILIDAD. HEMOS FAVORECIDO EL ENCUENTRO GRUPAL Y LA PARTICIPACIÓN.
LAS SESIONES HAN SIDO MUY PARTICIPATIVAS, SUGIRIENDO QUE SE REALICEN CON MÁS FRECUENCIA.
CREREMOS QUE LA INTRODUCCIÓN DE TÉCNICAS DE RELAJACIÓN AL FINALIZAR LAS SESIONES HA AYUDADO A CREAR UNA MAYOR SENSACIÓN DE BIENESTAR.
LA VALORACIÓN DE ESTOS TALLERES POR NUESTRA PARTE HA SIDO MUY POSITIVA TANTO POR SU ALTA ASISTENCIA COMO POR SU PARTICIPACIÓN DE FORMA ACTIVA. ENTRE LAS MUJERES EN EDAD POSMENOPAÚSICA ES BASTANTE FRECUENTE LA CREENCIA DE QUE LOS PROBLEMAS DE SUELO PÉLVICO (INCONTINENCIAS, PROLAPSOS, MOLESTIAS EN LAS RELACIONES SEXUALES COITALES...) SON NORMALES Y POR LO TANTO NO SON MOTIVO PARA ACUDIR A LA CONSULTA. DESPUÉS DE ESTOS ENCUENTROS SE HA OBSERVADO UN AUMENTO EN LA CONSULTA DE LA MATRONA DE MUJERES CON PROBLEMAS DE SUELO PÉLVICO QUE ANTES NO ACUDÍAN.

7. OBSERVACIONES.
TRABAJO TAMBIEN EN CS HECHO Y CS BERDUN.

A LO LARGO DEL 2020 NO SE HA PODIDO DESARROLLAR NINGUN TALLER DE FORMA PRESENCIAL POR LOS RIESGO DE CONTAGIO DE COVID-19. HAY QUE TENER EN CUENTA QUE UNA PARTE IMPORTANTE DE LA POBLACIÓN A LA QUE ESTABAN DIRIGIDOS ESTOS TALLERES ERAN MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS Y POR LO TANTO DE MAYOR VULNERABILIDAD.

LAS ACTIVIDADES GRUPALES NO SOLO SON IMPORTANTES POR LO QUE SE APRENDE EN ELLAS SINO TAMBIÉN POR LAS RELACIONES QUE SE ESTABLECEN ENTRE LOS PARTICIPANTES. CONFIAMOS QUE EN UN FUTURO NO MUY LEJANO PODAMOS VOLVER A PONER EN MARCHA LAS ACTIVIDADES COMUNITARIAS TAN IMPORTANTES PARA LA SOCIEDAD.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/130 ===== ***

Nº de registro: 0130

Título
TALLER DE GIMNASIA DE SUELO PELVICO Y RELAJACION

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0130

1. TÍTULO

TALLER DE GIMNASIA DE SUELO PELVICO Y RELAJACION

Autores:
ESCANILLA SAMPER PILAR, GAVIN BLASCO ISABEL, ZUBIAURRE BASSAS PILAR, MONTON AGUARON NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Mujeres en edad postmenopausica
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detecto el interes por parte de un grupo de mujeres de conocer y aprender gimnasia del suelo pélvico con el fin de evitar posibles pérdidas de orina.Por otra parte hay un gran interes entre la población femenina para realizar actividades grupales que permitan el aprendizaje de técnicas que reviertan en una mejora de su calidad de vida.

RESULTADOS ESPERADOS
Potenciar el encuentro entre mujeres de edad postmenopausica para aumentar la interrelación.
Mejorar la calidad de vida realizando ejercicios de relajación .
Facilitar que las mujeres reconozcan la musculatura del suelo pélvico.
Prevenir/mejorar la incontinencia,prolapsos y disfunción sexual femenina.
Incorporar hábitos de higiene postural en las mujeres en periodo de climaterio.

MÉTODO
Se realizará un encuentro semestral con mujeres de Hecho en edad postmenopausica(climaterio).
Se realizará un encuentro semestral con mujeres de Ansó.
La captación se realizará por parte de personal de enfermería y será dirigido por la matrona.
Se potenciará la participación activa de las mujeres.
Acercar la presencia de los sanitarios a la población femenina en un ambiente participativo.

INDICADORES
Porcentaje de participación.
Porcentaje de satisfacción de los asistentes.
Evaluación post -taller

DURACIÓN
Taller semestral en Hecho.
Taller semestral en Anso.

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 - 2019/0176

1. TÍTULO

PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA

Fecha de entrada: 02/12/2020

2. RESPONSABLE MARIA LORENA MARTINEZ SIPAN
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS JACA
· Localidad JACA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCANILLA SAMPER MARIA PILAR
SANCHEZ MOLINA PILAR
CODERA LLENA MANUEL ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante todo el año 2020 las matronas de los centros de salud de Jaca y Sabiñanigo, han derivado a las gestantes en su primera visita de embarazo a la consulta de higienista dental y de odontología. (Derivación y captación de pacientes)
En el primer trimestre de embarazo se han realizado revisiones buco - dentales, diagnósticos odontológicos y fluoraciones.
En el final del segundo trimestre y principio del tercero se han hecho fluoraciones, consejos e indicaciones para el cuidado e higiene de la salud bucodental del bebe y la gestante y tartrectomías a las pacientes que la necesitaban.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

C.S. JACA:

TOTAL DE PACIENTES DERIVADAS POR MATRONA: 91

TOTAL DE PACIENTES VISTAS : 71

TOTAL DE PACIENTES QUE NECESITABAN TARTRECTOMIA: 62

Hemos tenido unos resultados muy satisfactorios ya que el 78,02% de las embarazadas derivadas han acudido a la consulta . Asi como hemos visto que el 87,32% de las embarazadas vistas han necesitado Tartrectomía.

C.S. SABIÑANIGO:

TOTAL DE PACIENTES DERIVADAS POR MATRONA: 91

TOTAL DE PACIENTES VISTAS : 64

TOTAL DE PACIENTES QUE NECESITABAN TARTRECTOMIA : 58

Hemos tenido también unos buenos resultados ya que el 70,32% de las embarazadas derivadas han acudido a la consulta. Asi como el 90,62% necesitaban Tartrectomía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El programa de mejora de la salud bucodental en las embarazadas ha sido muy bien acogido por las pacientes, ya que las fluoraciones y limpiezas dentales se han realizado clásicamente en la sanidad privada con el consiguiente gasto económico para las familias.
Hemos podido observar que existe un gran desconocimiento por parte de las gestantes de la relación e importancia de la salud bucodental en el desarrollo del embarazo, parto etc.. .Hemos explicado la importancia de una buena higiene oral, ya que en el embarazo se producen mas desmineralizaciones en el esmalte y por tanto más probabilidad de producir caries, así como sangrado gingival y cambios en los hábitos de higiene.

Asi mismo hemos realizado educación sanitaria no solo dirigida a las usuarias gestantes, sino también para labucodental de sus hijos en las diferentes etapas de desarrollo, fomentando la lactancia materna y aprovechando para informarles del Programa de Atención Bucodental Infantil y Juvenil (PABIJ) de la DGA.

7. OBSERVACIONES.

Los datos recogidos son desde el 1/1/2020 hasta el 1/12/2020 (11 meses completos)

Hay que tener en cuenta que entre el 15/3/2020 hasta el 1/7/2020 estuvieron suspendidas las consultas de la higienista dental al no considerarse servicio esencial. Una vez reiniciado el servicio, un pequeño porcentaje de gestantes (3,64% no han querido acudir a la visita por miedo a contagiarse).
La asistencia a la consulta de la higienista está muy cerca del 100%, no debemos olvidar que un determinado porcentaje (entre un 10-20%) sufren un aborto en las primeras semanas de gestación y por ese motivo ya no acuden a la consulta.

La diferencia de cifras entre las embarazadas derivadas por la matrona del CS de Jaca entre el 2019 y el 2020 se debe a que al iniciar el programa en 2019 se incluyeron no solo las nuevas gestaciones de ese año sino también las embarazadas captadas en el 2018 que todavía no habían dado a luz. El año pasado consideramos justo que esas mujeres disfrutaran también del programa de salud bucodental.

La diferencia de cifras entre las embarazadas derivadas por la matrona del CS de Sabiñanigo entre el 2019 y el 2020 es porque comenzó a derivarlas en abril (fecha en la que comenzó a trabajar en ese CS) y no en enero del 2019

Se ha realizado una modificación en la responsable del proyecto por cambio de trabajadora en el puesto de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0176

1. TÍTULO

PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA

higienista dental. (Noemí Oto Condón ha dejado de trabajar en el SALUD). El programa durante el año 2020 ha sido llevado a cabo por M^a Lorena Martínez Sipán.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/176 ===== ***

Nº de registro: 0176

Título
PROGRAMA DE MEJORA DE LA SALUD BUCO-DENTAL EN LA EMBARAZADA

Autores:
OTO CONDON NOEMI, ESCANILLA SAMPER PILAR, CODERA LLENA MANUEL ENRIQUE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Ante los cambios hormonales durante la gestación a nivel bucodental, hemos observado alteraciones a nivel periodontal y déficit de higiene durante el embarazo. Falta de conocimientos y hábitos saludables en salud oral.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la Salud e higiene de todas las pacientes embarazadas.

MÉTODO
Derivación a higienista dental en primera visita de embarazo por la matrona.
Revisión, diagnóstico y cubeta de flúor en el primer trimestre de embarazo.
Tartrectomía en segundo trimestre de gestación si procede.
2ª cubeta de fluor en el tercer trimestre de gestación

INDICADORES
Número de embarazadas derivadas por matrona/ número de embarazadas que acuden a la consulta de higienista dental
Número de embarazadas que acuden a revisión bucodental/ número de embarazadas que requieren tartrectomía.

DURACIÓN
Durante el transcurso del 2019

OBSERVACIONES
Ya que es la primera vez que realizamos un proyecto de mejora, solicitamos que revisen la descripción del proyecto y posibilidad de medición de los indicadores.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

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

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: 15/12/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR
BROTO COSCULLUELA PURIFICACION
FUERTES FERNANDEZ-ESPINAR JORGE
AGON BANZO PEDRO
SIN ABIZANDA MARIA ASUNCION
VAL LECHUZ BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el curso 2019-2020 se valoraron las propuestas iniciales de los niños/as, y se consensuaron las propuestas definitivas a llevar a cabo. Posteriormente se elaboró y aprobó el presupuesto para llevarlas a cabo.

Se ha realizado:

- el trabajo creativo con los niños/as de CEIP Pio XII, Ludotecas municipales y Consejo de las Niñas y los Niños para la decoración posterior de las salas de espera según las propuestas recogidas en el proceso participativo.
- la compra del material necesario. Los niños/as del Consejo, acompañados de adultos, fueron a comprar una selección de juegos para diversas edades, y se adquirieron 15 libros para la minibiblioteca: libros cortitos, cuentos y cómics para diversas edades.
- la puesta a punto del espacio de la sala de espera para su posterior decoración por parte de los niños y niñas (trabajos de pintura base).
- se ha fabricado, con la implicación de los niños/as del Consejo, una estantería para los juegos.
- se ha valorado la esfera emocional a través de observación directa en la sala de espera y con una encuesta auto rellenada por los niños/as en las consultas.
- el trabajo de campo: decoración de las paredes por parte de los niños y niñas, y la instalación de los juegos.

Para financiar los juegos y la pintura base de pasillo y salas de espera se ha utilizado la subvención otorgada en 2019 por la RAPPS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1º Se consensó valorar de forma cualitativa tanto el grado de participación de las instituciones implicadas (Ayuntamiento, Universidad, Departamento de Educación del Gobierno de Aragón y SALUD) como el de la participación infantil que se haya alcanzado.
En este aspecto, podemos decir que el grado de participación ha sido completo por parte de los integrantes de cada institución.

2º Porcentaje de modificaciones realizadas en relación a las propuestas iniciales de las niñas y niños.

Ha habido más de 500 propuestas a realizar. De ellas, se consensó no llevar a cabo el cambio de los asientos, colocación de una fuente de agua, aumentar el espacio, avisar a los pacientes por altavoz, colocación de algunos juegos, adquisición de ciertos elementos para hacer manualidades, lugar para dejar los carritos, una televisión y una máquina de bebidas.

3º Porcentaje de propuestas realizadas en relación a las propuestas definitivas consensuadas.

Se han realizado las propuestas consensuadas (excepto el bajar la altura del mostrador) que se habían marcado hasta marzo 2020.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tuvimos problemas con el Consejo de la Ciudad de las niñas y niños de Huesca, ya que al equipo técnico con el que veníamos trabajando no se le renovó el contrato por parte del Ayuntamiento. Por lo tanto, se estuvo un tiempo sin interlocutores. Posteriormente se incorporaron dos personas nuevas al Proyecto de la Ciudad de las niñas y niños, por lo que se pudo continuar el trabajo con ellos.

No hemos encontrado apoyo económico por parte del SALUD ni hemos conseguido que se baje la altura del mostrador (algo muy reclamado por los niños y por los propios trabajadores del centro). Tendremos que valorar otras vías para conseguirlo.

El calendario previsto se tuvo que suspender tras la aparición de la pandemia por COVID-19, por lo que se ha decidido cerrar el proyecto.

Queda pendiente para un nuevo proyecto de calidad: la señalética de las salas de espera, el trabajo con la

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

normativa para la utilización de los juegos y libros, el trabajo de ambientación musical, y la valoración de la esfera emocional tras la transformación del espacio.

Posteriormente se realizará la difusión del proyecto con la participación de los niños y niñas utilizando el material audiovisual recogido a lo largo del proceso.

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

OJETIVO 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.
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

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

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

OBSERVACIONES

Mejora de los procesos asistenciales que inciden en la salud y la calidad de vida de los pacientes. En

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

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 - 2019/1328

1. TÍTULO

TALLER DE HIGIENE BUCODENTAL Y ALIMENTACION SALUDABLE

Fecha de entrada: 02/12/2020

2. RESPONSABLE YOLANDA RIVERO GRACIA
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS PIRINEOS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HIDALGO OLIVARES GONZALO
RETORTILLO MUÑOZ MARIA
CODERA LLENA MANUEL ENRIQUE
SASO BOSQUE MARIA JOSE
IZQUIERDO MARTINEZ CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar se realizaron reuniones de todos los componentes del equipo (los viernes) para planificar el taller valorar el taller según la edad, así como el reparto de tareas de cada uno.
Cuando acuden a la revisión, acompañados de los padres, se les ofrece el taller si cumplen con los indicadores propuestos: gingivitis, índice cod mayor de 3, índice CAOD mayor de 1, acúmulo de placa o dieta cariogénica.
Se informa del programa al personal administrativo, a los colegios a través de las charlas llevadas a cabo por uno de los componentes del equipo y a los pediatras mediante sesiones clínicas. Los materiales empleados han sido: cepillos dentales, pasta dentífrica, revelador de placa bacteriana, servilletas, vasos desechables, baberas plastificadas, panel informativo realizado por el personal del equipo, alimentos de juguete para clasificar en juguetes, fantoma y cepillo didáctico.
Talleres realizados en grupos reducidos, en sala de reuniones anexa a las consultas, a ser posible en edades similares, y posteriormente pasaron a cepillarse delante de los profesionales, tras la utilización de un revelador de placa bacteriana, en cuarto de baño contiguo a las consultas de la unidad de salud bucodental. También clasificaron los alimentos en grupos según su grupo cariogénico y se les ha informado del azúcar oculto en los alimentos. La actividad se ha realizado una vez por semana, de una duración aproximada de 45 minutos. Las higienistas han sido las que han realizado los talleres, supervisadas por los odontólogos del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Han participado un total de 153 pacientes, de los cuales:

153 tenían acúmulo de placa
153 tenían dieta cariogénica
66 tenían gingivitis
55 tenían índice CAOD mayor de 1
70 tenían índice cod mayor de 3

37 procedían del centro de salud Pirineos
66 procedían del centro de salud Santo Grial
33 procedían de centro de salud Perpetuo Socorro
5 procedían del centro de salud Huesca Rural
3 procedían del centro de salud Almudévar
3 procedían del centro de salud Sariñena
4 procedían del centro de salud Grañen
2 procedían del centro de salud Ayerbe

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se aprecia una mejoría generalizada en la técnica de higiene, la desaparición de la gingivitis y el conocimiento del azúcar oculto en los alimentos, así como de los momentos de mayor riesgo de consumo de caries. Creemos conveniente seguir realizando esta actividad.
Se redujo el tiempo previsto de actividad (de dos sesiones semanales a una), y se amplió el tiempo de duración del mismo y además se aproximó al horario de salida de los colegios para facilitar la adhesión al programa del mayor número de usuarios.

7. OBSERVACIONES.

Queremos agradecer la buena disposición de los profesionales del equipo a pesar de suponer un aumento de la carga de trabajo, de los del centro de salud por cedernos una sala de mayor tamaño para poder realizarlos en mejores condiciones y el apoyo de la dirección por facilitar el material necesario.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1328 ===== ***

Nº de registro: 1328

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1328

1. TÍTULO

TALLER DE HIGIENE BUCODENTAL Y ALIMENTACION SALUDABLE

Título
TALLER DE HIGIENE BUCODENTAL Y ALIMENTACION SALUDABLE

Autores:
RIVERO GRACIA YOLANDA, HIDALGO OLIVARES GONZALO, RETORTILLO MUÑOZ MARIA, SASO BOSQUE MARIA JOSE, CODERA LLENA
MANUEL ENRIQUE, IZQUIERDO MARTINEZ CLARA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: caries y enfermedad periodontal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejora de la higiene y alimentación

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes del programa de atención infanto juvenil (PABIJ) no son conscientes de los fallos a nivel alimentario y de higiene dental a pesar de que en las consultas y en los colegios se les explica brevemente, lo que ocasiona la persistencia de patología periodontal y de caries.

RESULTADOS ESPERADOS
Hacer llegar de forma más efectiva y práctica los conocimientos alimentarios y de higiene dental a los pacientes tras agotar los recursos empleados en la consulta de demanda y las posibles visitas escolares.
La población diana son los pacientes del programa PABIJ que presentan acúmulo de placa bacteriana a pesar de haberles dado consejos de higiene y dieta, mejorar los hábitos saludables tanto de higiene como de alimentación, complementar la consulta individual en consulta grupal y coordinar con los recursos educativos de la zona intersectorial comunitaria.

MÉTODO
La intervención consiste en darles un taller en grupos reducidos a ser posible de edades similares y posteriormente pasarán a cepillarse delante de los profesionales tras la utilización de un revelador de placa bacteriana. También tendrán que clasificar los alimentos según su riesgo cariogénico. Se les informará de la cantidad de azúcar oculta en los alimentos.
La actividad se realiza una o dos sesiones semanales, con una duración de 30 min. cada una. La realizarán dos higienistas dentales supervisadas por alguno de los odontólogos del servicio.

INDICADORES
Número de asistentes, indicadores de caries en piezas permanentes y definitivas, presencia de gingivitis.

DURACIÓN
Se han iniciado en diciembre de 2018 y no tiene fecha prevista de finalización por ser mejora para el grupo comunitario infantojuvenil.

OBSERVACIONES
Anulamos el proyecto 2019_0004 por deficiencias en su elaboración y lo sustituimos por el presente.

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 - 2019/0473

1. TÍTULO

INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS-DNP

Fecha de entrada: 10/12/2020

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
ALLUE DE BARO MARTA
FRESNEDA PELAEZ VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Enero-20. Se materializa la reunión mantenida con las responsables de las dos residencias de ancianos de Sabiñánigo (Valles Altos y Vitalia). Concretamente la residencia Valles Altos ha adquirido un terminal móvil para poder dar de alta a todos los usuarios de su centro en la aplicación SaludInforma y poder acceder a la información que hasta ahora venía solicitando presencialmente; renovación medicación, consulta pauta sintrom...

06/02/20. Sesión clínica realizada en el Centro de Salud de Sabiñánigo para explicar a los nuevos compañeros que se han incorporado en el último año al centro y refrescar la memoria del resto en el uso de las nuevas aplicaciones y solicitar su colaboración para reenviar a los usuarios al Dpto. de Admisión.

Fechas indeterminadas. Se realizan en repetidas ocasiones impresiones de los folletos del SALUD para su colocación en las mesas de las salas de espera, entregar desde el mostrador de Admisión y a través del celador de la entrada.

Debido a la actual situación de la pandemia se cancelan todos los talleres previstos en el año 2020, es decir;

-Colaboración en los Programas de la Comarca Alto Gállego.

-El taller a las mujeres del programa MUSA.

-El contacto que debía iniciarse con los institutos para que los jóvenes también implicados en los cuidados de sus abuelos, pudieran tener el acceso a través de la APP's, a sus citas, recordatorios y mensajes de aviso de caducidad de medicación.

-Talleres a la comunidad árabe, a las mujeres embarazadas, personas mayores, nuevos programas del IASS, y usuarios que pueda agrupar las entidades que conforman el Consejo de Salud.

Entre las actividades que se pueden seguir realizando están: seguir informando desde Admisión de la aplicación de SaludInforma, también se seguirá tramitando las "autorizaciones de comunicaciones" y la entrega del "PIN" para su utilización desde la aplicación.

Se aprovecha la presencia de un celador contratado para el período COVID en el centro de salud y que pueda entregar el folleto informativo de la aplicación cuando vengan los usuarios a solicitar cita presencial.

RECURSOS NECESARIOS:

En los talleres presenciales realizados el año 2019 era necesario disponer de una pantalla y un proyector para explicar el manejo de la aplicación. Para una mejor comprensión de la APP's, la conexión del móvil de la tutora se realizaba a través de una aplicación (ScreenStream) que permite ver lo que se visualiza en el móvil "in situ" y así los tutoriales eran reales, con casos que se ejecutaban en ese momento, citas, anulaciones, consultar citas de especializada, visualizar hoja de tratamiento, etc.

En el año 2020 al no realizarse los talleres presenciales no hemos necesitado los recursos informáticos comentados ni el uso de salas públicas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores CUANTITATIVOS recogidos en el año 2020:

DEMANDA NO PRESENCIAL: No se ha podido realizar el trámite según protocolo (fotocopia DNI+ firma usuario) para evitar en la medida de lo posible la transmisión del virus a través de la documentación y una exposición innecesaria con los usuarios en el mostrador. Este año se le ha realizado la "demanda no presencial" prácticamente a la mayoría de usuarios, tuvieran o no el formulario cumplimentado.

PIN: 370 unidades

Fuente y método de obtención: conteo realizado de forma manual.

Incidencia total desde el inicio del proyecto en la población: 904 unidades que corresponde a un 10% aprox. de la población.

AUTORIZACIONES DE COMUNICACIONES: 103

Fuente y método de obtención: dato facilitado por el CAU.

Incidencia total desde el inicio del proyecto en la población: 1.846 unidades que corresponden a un 22% aprox. de la población.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0473

1. TÍTULO

INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS-DNP

Debido a la situación tan singular que se ha vivido este año no podemos tener en cuenta las comparaciones cuantitativas con el año anterior, aunque hemos creído oportuno reflejarlas para valorar la incidencia que dichas medidas han ocasionado en el desarrollo del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras cada sesión realizada al EAP se nota el aumento de personas derivadas de las consultas del Centro para que tramiten algunas de las gestiones que existe como son; solicitud de información de la APP's, la "autorización para las demandas no presenciales" y las "autorizaciones de comunicaciones". Es necesario realizar una sesión anual de recordatorio.

Notas:

Cada dos meses hay que volver a imprimir folletos para su entrega desde Admisión, reponer las mesas de las consultas y las que entrega el celador desde la puerta de acceso al centro. Se aprovecha las llamadas recibidas en Admisión para solicitar recordatorio de hora de sus citas, para informarles que dicho trámite lo pueden realizar a través de la APP's. También se realiza automáticamente la "autorización de comunicaciones" a los nuevos usuarios y se le hace entrega del folleto informativo de la aplicación.

Futuras acciones:

-Cuando se pueda volver a la normalidad "normal" y que no existan restricciones de reuniones de personas, se repetirá todas las acciones que se realizaron en 2019 con nuevos usuarios:

1. Sesión con el EAP para informar a las nuevas incorporaciones que haya habido en el último año y recordatorio al resto del equipo.
2. Impresión de folletos para entregar desde el mostrador de Admisión y poner en las mesas de las consultas médicas.
3. Talleres destinados a: la comunidad árabe, embarazadas, personas mayores, programa MUSA, nuevos programas del IASS, nuevos programas de la Comarca y usuarios que pueda agrupar las entidades que conforman el Consejo de Salud.
4. Además de seguir informando desde Admisión de la aplicación de SaludInforma, también se seguirá tramitando la "demanda no presencial", las "autorizaciones de comunicaciones" y la entrega del "PIN" para su utilización dentro de la aplicación.

7. OBSERVACIONES.

Es un proyecto con una proyección de realización en el tiempo de forma indefinida, adaptable y flexible a las circunstancias. En situaciones como la actual pandemia en la que el acceso presencial en los centros de salud ha sido restringido, aún se hace más necesario poder contar con una aplicación donde solicitar aquellas gestiones que no requieran la presencia de los usuarios.

Una vez más recordamos la necesidad de que una gran parte de la sociedad no sólo conozca las herramientas que el SALUD pone a su disposición, sino que somos nosotros como institución los responsables de facilitar su acceso y aprendizaje a un sector de la población que no se desenvuelve con soltura dentro del mundo de las TIC's.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/473 ===== ***

Nº de registro: 0473

Título
INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS-DNP

Autores:
CANO SANCHEZ MARGARITA, MELENDO MORENO MARIA PILAR, GONZALEZ TORRES EDUARDO

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: TODOS LOS PACIENTES
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0473

1. TÍTULO

INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS-DNP

Debido a la dispersión de la zona sanitaria de Sabiñánigo y alrededores y ello sumado a la climatología adversa que se produce en invierno, se produce una saturación de llamadas para cita previa en los teléfonos de la centralita de Admisión. La mayoría de ellas en un tramo horario determinado lo que se traduce que se pierde una gran parte de las llamadas entrantes. Produciendo una gran insatisfacción entre los usuarios, ya que no es posible contestar a todas las llamadas. Muchas de esas llamadas son para solicitar que le recuerdes a qué hora tienen su cita de demanda, o bien de programada y especializada porque hace tiempo que la solicitó.

RESULTADOS ESPERADOS

Promocionar de forma más directa las nuevas aplicaciones que dispone el SALUD:

-Por un lado, la aplicación de "Salud Informa" para que puedan consultar y solicitar cita previa. El objetivo primordial es que una parte importante de los usuarios se familiaricen con ella y se citen a través de la aplicación.

-La solicitud del PIN para poder acceder a sus citas programadas con especializada, modificar la fecha de la misma o simplemente acceder a cualquier de las otras opciones disponibles que ofrece el sistema. Se pretende reducir con ello las llamadas que sólo solicitan los recordatorios de su cita.

-Y, por último, seguir informando de la posibilidad del envío de "sms" para recordar con pocos días de antelación su próxima cita y así evitar que soliciten citas "urgentes" para renovar la receta electrónica. También influirá sin duda, en reducir las citas perdidas por olvido o descuido y evitar aumentar la lista de espera de las consultas de especializada.

-La DNP nos permite disminuir la lista de espera de los profesionales.

-Todas estas medidas se quieren tomar para liberar lo máximo que se pueda las llamadas al Centro y así poder tener un mayor número de atención telefónica. Sobre todo, poder atender con éxito las llamadas de esas personas que por su avanzada edad es difícil formar en las nuevas tecnologías.

MÉTODO

-Reunión con el equipo para informar y formar, ya que muchos de ellos conocen de oída algunas de las aplicaciones, pero no han accedido aún a la plataforma.

-Solicitud de carteles al SALUD para colocar en los consultorios y farmacias.

-Reunión con el Consejo de Salud de Sabiñánigo para informar de las aplicaciones y ofrecer la posibilidad de realizar sesiones formativas, según necesidad y acogida, a un colectivo determinado que se pueda concretar en dicha reunión para llegar al mayor número de personas.

-Elaborar folletos informativos, haciéndolos accesibles a la población. Y que quede claro, que cualquier duda al respecto puede dirigirse al Servicio de Admisión para resolverla.

-Aprovechar las gestiones que vienen a realizar los usuarios para informarles de las posibilidades que ofrecen las nuevas aplicaciones, así como a todos aquellos que realicemos una nueva tarjeta sanitaria.

-Creación de un fichero excel de los usuarios que han tramitado la DNP para poder indicar con mayor precisión en el flash de OMI su pertinencia o no a dicho sistema.

INDICADORES

-Solicitar anualmente a BDU el número de trámites que se hayan realizado de "autorizaciones de comunicaciones" y números de "solicitud de PIN" que se han realizado.

Esperando un incremento del 15-20% en cada uno.

-Se consultará los usuarios que se ha dado de alta en la solicitud de DNP a través del fichero Excel creado ad hoc.

DURACIÓN

La duración será indefinida, ya que siempre tendremos nuevos usuarios a los que incluir en este proyecto.

Fecha inicio prevista: 01/04/2019

Fecha de finalización del proyecto: indefinido

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 - 2019/0798

1. TÍTULO

CONTINUACION DEL PROGRAMA DE EJERCICIO FISICO Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR ("CORAZON EN FORMA")

Fecha de entrada: 26/11/2020

2. RESPONSABLE ELBA VICENTE CAMPOMANES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ AGUSTIN LUISA
PICKFORD SARAH
RIO ABARCA TERESA
GRACIA AZNAREZ MARIA
STOKMAN MYRIAM GEORGETTE ARMANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Dada la buena acogida del programa "Corazón en forma" (programa de ejercicio físico y control de factores de riesgo para pacientes con alto riesgo cardiovascular) y los resultados obtenidos en el año 2019 con el primer grupo, se decidió continuar en el año 2020 con dicho programa. La idea era trabajar con un grupo cada 3 meses (dejando libres los meses estivales), de manera que serían 3 grupos en total.

Debido a la crisis del covid-19 sólo hemos podido comenzar con un grupo desde el 14 de enero al 10 de marzo de 2020, fecha en que se tuvo que suspender el proyecto con motivo del estado de alarma. Se seleccionaron 6 hombres y 3 mujeres con edades comprendidas entre 46 y 74 años.

EJERCICIO FÍSICO SUPERVISADO:

- 1 hora semanal de ejercicios de fuerza en la sala multiusos del Centro Cultural Carlos López Otín de Puente Sardas, Sabiñánigo. Supervisada por enfermería y fisioterapia.

Se acondiciona la sala con los materiales que se van a utilizar durante la sesión (colochonetas, pesas, picas, sillas, escalón...) y música para aumentar la motivación.

Se realiza un circuito de 10 ejercicios de fuerza, cada uno de ellos centrado en un grupo muscular: pectorales, bíceps braquial, tríceps braquial, abdominales, estensores del tronco (altos y bajos), glúteos, cuádriceps, isquiotibiales, gemelos y tríceps sural. Durante un minuto se repiten los movimientos a intensidad moderada, posteriormente se deja 1,5 minutos de recuperación.

Al finalizar cada sesión se registra la tensión arterial, la saturación de oxígeno, la frecuencia cardíaca y el esfuerzo percibido a través de la Escala de Borg.

Se programaron 10-12 sesiones según calendario, de las cuales se realizaron 8 con este primer y único grupo de 2020.

- 1 hora semanal de ejercicio aeróbico. Enfermería acompaña al grupo a caminar por diferentes rutas de las inmediaciones de Sabiñánigo. Se pasea a intensidad moderada (75-85% de frecuencia cardíaca máxima).

Durante los primeros 10 minutos se calienta mediante estiramientos y ejercicios de movilidad articular. Posteriormente se camina durante 40 minutos con una intensidad moderada. Los últimos 10 minutos se camina con baja intensidad para la recuperación.

Al final del paseo se registra la saturación de oxígeno, la frecuencia cardíaca y el esfuerzo percibido según la escala de Borg.

Se programaron 10-12 sesiones según calendario, de las cuales se realizaron 8 con este primer y único grupo de 2020.

EJERCICIO FÍSICO NO DIRIGIDO

Cada paciente se compromete a realizar por su cuenta una hora semanal, como mínimo, de ejercicio aeróbico (senderismo, ciclismo, natación, baile...) que apuntan en su ficha personal.

CONSULTA INDIVIDUALIZADA (VALORACIÓN ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL PROYECTO)

- Información previa:

Los pacientes candidatos, que han sido seleccionados por el equipo de atención primaria, son citados telefónicamente para informarles sobre el proyecto "Corazón en forma".

En el primer encuentro firman el consentimiento informado, se les entrega un tríptico con la información organizativa del proyecto, consejos cardiosaludables (dieta, deshabituación tabáquica, ejercicio...) y el registro personal de citas y ejercicio individual.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0798

1. TÍTULO

CONTINUACION DEL PROGRAMA DE EJERCICIO FISICO Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR ("CORAZON EN FORMA")

- Valoración inicial:

Realizamos la anamnesis (antecedentes personales, tratamiento habitual, hábitos de vida...) y la exploración física (peso, perímetro abdominal, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno). Los pacientes cumplimentan el cuestionario de la calidad de vida percibida (WHOQOL-BREF de la OMS). Por último se les hace el test de los 6 minutos en un pasillo del centro previamente medido y acondicionado para la realización de la prueba, al finalizar se pasa la Escala de Borg para medir el esfuerzo físico percibido.

- Seguimiento:

Al mes se realiza una consulta de seguimiento en la que se valora el peso, el perímetro abdominal, la tensión arterial y frecuencia cardíaca.

Con este primer y único grupo sólo se pudo realizar el seguimiento del primer mes.

Valoración final:

Cuando se termina el programa con cada grupo, los pacientes vuelven a cumplimentar el cuestionario de la calidad de vida percibida, realizan de nuevo el test de los 6 minutos (se les pasa la Escala de Borg para medir el esfuerzo físico percibido) y se les explora físicamente (peso, perímetro abdominal, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno). Se establecen comparativas y se estudia la progresión durante el programa.

No pudo realizarse la valoración final ni la progresión.

CONSULTAS GRUPALES

Se abordan temas comunes relacionados con patología cardiovascular (dieta, deshabituación tabáquica, manejo del estrés...)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES:

- Mejora del 20% en el "test de los 6 minutos" (no se puede valorar)
- Mejora en el "test de calidad de vida percibida" (no se puede valorar)
- Mejora en la capacidad de esfuerzo físico percibido (no se puede valorar)

Debido a la interrupción del programa en la octava semana de trabajo no disponemos de datos suficientes para valorar el resultado alcanzado al terminar el programa trimestral con el grupo.

Disponemos de los datos de seguimiento diario tras el ejercicio físico supervisado y de la información de la valoración inicial y de la valoración del primer mes. De ellos concluimos:

- Hemos observado una disminución apreciable en las cifras de tensión arterial, comparando las cifras iniciales con las cifras semanales y después del primer mes de ejercicio.

- Disminución del perímetro abdominal (3%) y el peso (2%).

- Intuimos, por la afluencia del grupo, un buen grado de satisfacción por parte de todos los participantes.

- No se puede evaluar la modificación de hábitos.

- La distancia media recorrida durante el ejercicio aeróbico semanal (caminar) ha sido de 5,5 Km con un promedio de velocidad de 5 km/h (la media baja por la velocidad de dos participantes que caminaban a 3 km/h).

- La Escala de Borg se mantiene entre 3 y 4 (no hay variaciones significativas), lo que supone un dato positivo porque no perciben mayor fatiga ni esfuerzo, aunque aumente la velocidad de la caminata ni la intensidad de los ejercicios de fuerza.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No disponemos de la trayectoria temporal suficiente para plantear unas mejoras de peso.

La experiencia que hemos tenido con este grupo nos indica que deberíamos ser más rigurosas en la selección de los participantes, haciendo grupos más homogéneos en cuanto a su forma física.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0798

1. TÍTULO

CONTINUACION DEL PROGRAMA DE EJERCICIO FISICO Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR ("CORAZON EN FORMA")

*** ===== Resumen del proyecto 2019/798 ===== ***

Nº de registro: 0798

Título
PROGRAMA DE EJERCICIO FISICO Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

Autores:
RIO ABARCA TERESA, HERNANDEZ AGUSTIN LUISA, PICKFORD SARAH, VICENTE CAMPOMANES ELBA, GRACIA AZNAREZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras detectar numerosos pacientes con riesgos cardiovasculares y/o con antecedentes de haber sufrido alguna patología de este tipo se pretende disminuir estos factores de riesgo.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora de la salud disminuyendo los factores de riesgo cardiovasculares mediante educación para la salud en población de riesgo y enfermos

MÉTODO
Ejercicio físico supervisado por profesional de la salud (1 hora de ejercicio en el interior y 1 hora en el exterior / 1 vez a la semana) y ejercicio físico sin supervisión aconsejado (1 hora a la semana). Consultas individuales para valoración del ejercicio y exploración física para recogida de datos. Consultas grupales para tratar temas comunes relacionados con la patología.

INDICADORES
mejora del 20% en el test de los 6 minutos
mejora en el test de la calidad de vida percibida
mejora del test del esfuerzo físico percibido

DURACIÓN
Durante el año 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 - 2019/0492

1. TÍTULO

LA SALUD VISITA EL COLE

Fecha de entrada: 30/11/2020

2. RESPONSABLE BLANCA GOMEZ TAFALLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SABIÑANIGO
· Localidad SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL FERRER VIRGINIA
RIO ABARCA TERESA
OTO CONDON NOEMI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades llevadas a cabo desde el centro de salud, previas al COVID, han sido visitas programadas a los 3 colegios que dependen de dicho centro. Se estableció un calendario de actividades distribuidas en cada trimestre del curso escolar.
1- higiene de manos y buco dental. Charla explicativa en el aula de la higienista dental y la enfermera pediatra y taller practico de lavado de manos y dental.
2- RCP. Teatro simulando una escena de emergencia y que hacer ante dicha situación.

Cuando el COVID no nos dejó acudir a los centros escolares, reconvertimos la situacion y nos pusimos en contacto con los responsables de cada colegio para aclarar dudas respecto a la situación de pandemia y como afrontarla desde la escuela. Reuniones y chat telefónico para aclarar dudas y establecer prioridades en la actuación frente al covid en el inicio del curso escolar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El nivel de resultados alcanzado fue satisfactorio en ambas actividades. El método de evaluación empleado fue fichas evaluativas del nivel de conocimiento adquirido en ambas actividades.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El objetivo planteado con dicho proyecto era poner de manifiesto la importancia de la comunicación permanente escuela- centro de salud de referencia. Siempre ha sido importante mantener dicha relación por el bien de la población a la que se atiende (niños y padres) dotándolos de conocimientos básicos esenciales para la vida. Ayudando a formar personas independientes en la toma de decisiones respecto a su salud. Acercar al profesional sanitario al usuario.

Con la situación excepcional de pandemia que vivimos actualmente, aún cobra mayor relevancia dicha comunicación y acercamiento.

Trabajar en coordinación con el profesorado de los colegios ha sido fundamental para conseguir objetivos más reales.

Ellos nos aportan la forma en la que exponer el conocimiento e información que queremos transmitir.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/492 ===== ***

Nº de registro: 0492

Título
LA SALUD VISITA LA ESCUELA

Autores:
GOMEZ TAFALLA BLANCA, OTO CONDON NOEMI, GIL FERRER VIRGINIA, RIO ABARCA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

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

Enfoque: -----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0492

1. TÍTULO

LA SALUD VISITA EL COLE

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

DETECCIÓN POR PARTE DEL COLEGIO Y DEL CENTRO SANITARIO DE REFERENCIA DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS DEFICITARIOS (HIGIENE, HÁBITOS ALIMENTICIOS Y PRIMEROS AUXILIOS) EN LOS NIÑOS EN EDAD INFANTIL.

RESULTADOS ESPERADOS

CONCIENCIAR A LOS NIÑOS EN EDAD INFANTIL DE LA IMPORTANCIA DE RESPONSABILIZARSE DEL CUIDADO DE SU SALUD Y DE LA DE OTROS.

MÉTODO

SE PROGRAMAN ENCUENTROS EN LA ESCUELA UNA CADA TRIMESTRE, TOTAL 3 EN EL CURSO ESCOLAR.
1-HIGIENE BUCO DENTAL Y DE MANOS (toalla y jabón de manos y cepillo de dientes)
2-ALIMENTACIÓN (semaforo de alimentos, revisión de menú diario del comedor...)
3-RCP BÁSICA (un muñeco grande)

INDICADORES

ENCUESTA INICIO/FINAL ENCUENTRO.
ENCUESTA NIÑOS SIN FORMACIÓN/CON FORMACIÓN ANUAL.

DURACIÓN

REALIZAR ECUMENTROS DURANTE 2 CURSOS ESCOLARES, UNA VEZ EN EL TRIMESTRE. LOS PROFESORES REFORZARÁN LOS CONCEPTOS DURANTE DICHO TRIMESTRE.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0149

1. TÍTULO

OBSERVATORIO SANITARIO DE PERSONAS SOLAS: DETECCION, PERFIL Y MAPA

Fecha de entrada: 05/12/2020

2. RESPONSABLE ANGEL LUIS ARRIVITA AMO
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORDAS LAFARGA OLGA
CEREZUELA SAMPER CARMEN
CEBOLLERO BUISAN LARA
ESPORRIN BOSQUE CONCEPCION
PICONTO NOVALES MARIA
GRACIA ASCASO IRENE
BOTAYA ESTAUN ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El trabajo asistencial a partir de la instauración de la pandemia en marzo 2020 hizo inviable, desde ese momento, dedicarnos al proyecto. En cualquier caso, hasta entonces, pudimos realizar las siguientes actividades: Dos reuniones del grupo de trabajo del proyecto; y llegamos a realizar el proceso completo de recogida de información (entrevista y análisis documental) en un caso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Uno de los indicadores marcado era: Por lo menos, dos reuniones del grupo de trabajo, que se cumplieron. Otro era: realizar el proceso completo de recogida de información (entrevista y análisis documental) en 20 casos; solo se pudo realizar en un caso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que es un proyecto que debe continuar (y queremos continuar), máxime con las consecuencias sociosanitarias que está acarreado esta pandemia, en general y, en particular, con los pacientes que viven solos. Han quedado pendientes: Por una parte, una sesión informativa dirigida a todo el equipo del centro de salud, para informarle del procedimiento de detección-captación de la persona que vive sola desde las diferentes consultas; y, por otra, el proceso completo de recogida de información (entrevista y análisis documental) en 19 casos de los 20 programados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/149 ===== ***

Nº de registro: 0149

Título
OBSERVATORIO SANITARIO DE PERSONAS SOLAS: DETECCION, PERFIL Y MAPA

Autores:
ARRIVITA AMO ANGEL LUIS, ORDAS LAFARGA OLGA, LANA MARTIN ADOLFO, CEBOLLERO BUISAN LARA, ESPORRIN BOSQUE CONCEPCION, PICONTO NOVALES MARIA, GRACIA ASCASO IRENE, BOTAYA ESTAUN ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Detección de situación de persona que vive sola, con o sin patología asociada
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el estudio PSISOSUR, llevado a cabo en la provincia de Huesca (2014-15) desde la Unidad de Investigación y Docencia con el fin de conocer los problemas sociales y las reacciones psicológicas en torno a las urgencias-emergencias sanitarias, se constató que las personas solas representaron el 10%, el 2º grupo de la muestra

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0149

1. TÍTULO

OBSERVATORIO SANITARIO DE PERSONAS SOLAS: DETECCIÓN, PERFIL Y MAPA

detrás de los que viven con algún familiar.

A su vez, los profesionales del equipo de Atención Primaria del centro de salud Santo Grial de Huesca son conocedores de casos de personas que han fallecido solas en su casa y que, al parecer, no disponían de apoyos sociales.

A pesar de ello, aunque la ciudad de Huesca -incluso la provincia o la comunidad autónoma de Aragón- no alcanza los niveles de preocupación de grandes ciudades españolas y de otros países económicamente desarrollados, donde lo expuesto forma parte de la realidad cotidiana de dispositivos de atención urgente, desde el centro de salud se observa que, paulatinamente y desde hace tiempo, hay más demandas de personas que viven solas, y que no solamente se trata de personas mayores.

Por tanto, este proyecto permitiría empezar a trabajar, sobre todo desde la prevención, una realidad social inevitable conociendo el perfil personal y geográfico de la persona sola y su evolución para, así, responder mejor desde el centro de salud y otros dispositivos sanitarios y sociales -sobre todo de urgencia- tanto en el presente como a medio-largo plazo.

Por tanto, las líneas de trabajo que se proponen en este proyecto son, principalmente: Detección-captación, investigación, coordinación y seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general: Detección de la posible vulnerabilidad física, psíquica y social de las personas que viven solas.

Objetivos específicos:

- Elaborar el perfil y mapa de la persona sola en la zona de salud Santo Grial de Huesca, a partir de una base registral.
- Detectar-identificar-captar personas que viven solas en situación de riesgo social sanitario*, de accidente doméstico (caída, incendio, etc.) y otros sucesos (desaparición, robo, etc.) susceptibles de generar atención sanitaria urgente, con el fin de evitar o reducir su probabilidad.
- Contribuir a evitar muertes indeseadas (suicidios y homicidios, principalmente).
- Facilitar procesos de atención sanitaria (física, psíquica y social) en sus diferentes niveles (Urgencias, Primaria y Especializada) y con otros sistemas y servicios.

MÉTODO

- Diseño de una base registral.
- Detección-captación de personas solas.

INDICADORES

- Se realizará una base registral de personas solas.
- Se realizará un procedimiento de captación-detección activa de personas que viven solas y su inclusión en dicha base registral.

DURACIÓN

- Diseño de base registral: abril-mayo 2019.
- Captación de personas solas: junio-noviembre 2019.

OBSERVACIONES

Es una primera fase de detección para posteriormente elaborar un proyecto de intervención comunitaria

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 - 2019/1272

1. TÍTULO

JOVENES AUNQUE SOBRADAMENTE SALUDABLES

Fecha de entrada: 06/01/2021

2. RESPONSABLE ADOLFO LANA MARTIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS SANTO GRIAL
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CEBOLLERO BUISAN LARA
ESCARIO PEREZ JUDITH
HEREDIA OLMOS MARIA JESUS
IZQUIERDO CUARTERO MARIA ANGELES
CANUDO AZOR MARIA DOLORES
ASENSIO GRACIA MARIA AVELINA
ROMAN ESCARTIN MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En cuanto a las actividades:

Reuniones entre profesionales sanitarios y docentes:

Se hizo una reunión inicial de puesta en común entre el personal docente del Instituto Educación Secundaria (IES) Ramón y Cajal y los profesionales sanitarios. De esta reunión se hizo un primer esbozo de lo que podría ser el proyecto.

Pasados unos días y ya habiendo reflexionado sobre el diseño se hizo una nueva reunión entre docentes y sanitarios, y allí, se decidió que en el diseño del proyecto debían participar con especial protagonismo los propios alumnos (población diana). La participación del alumnado se hizo efectiva mediante varias horas de tutoría donde cada tutor con su grupo trabaja los contenidos que eran de especial interés para el alumnado, es decir, el propio grupo mediante distintas dinámicas decidía cuales eran sus necesidades sentidas en materia de educación para la salud.

Poco a poco, cada vía educativa de segundo de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) fue perfilando cuales eran los temas que más le interesaba que los profesionales sanitarios trabajasen con ellos.

Reuniones de profesionales sanitarios con alumnos:

Es destacable la reunión con los delegados de alumnos y principales representantes de cada vía para detectar necesidades de salud sentidas. Esta reunión tuvo lugar en la sala de juntas del Centro de Salud, se podría haber hecho en el centro educativo pero se pensó que convocarles a una reunión en el centro de salud iba a darle el cuerpo y la seriedad que merecía.

Como la población diana son adolescentes de 14 años, (año en el que abandonan la consulta de pediatría para pasar a la de adulto) el hecho de invitarles a salir del centro escolar para reunirnos con ellos les dota de importancia y de responsabilidad, deben traer la reunión preparada, deben llegar a tiempo, deben participar..., no se debe olvidar que uno de las principales estrategias que se busca es que el alumnado se empodere en la toma de decisiones.

La preparación de la reunión con el alumnado implicó muchas reuniones de equipo de profesionales sanitarios.

Esta reunión fue un éxito y muy productiva, se hizo un grupo focal con alumnos y profesionales sanitarios, se hicieron atractivas dinámicas que crearon un clima colaborativo y muy enriquecedor. De esta reunión sacamos los temas en materia de educación para la salud que eran de interés para el alumnado.

En el diseño se pensó en que los profesionales sanitarios se sentasen de forma que dejasen huecos para que los alumnos quedasen mezclados con ellos. Todos estaban sentados en torno a una mesa ovalada de reuniones (nadie estaba de espaldas a nadie). Es destacable decir que los profesionales sanitarios llevaban una serie de temas preparados por si los alumnos no los sacaban por vergüenza o por tabú, al final el alumnado demostró madurez y ellos mismo sacaron todos los temas esperables a la luz y otros muchos más.

La colaboración de los alumnos fue muy participativa y eso fue gracias al trabajo previo realizado por los tutores en el instituto.

Entre las dinámicas que se hicieron, podemos desglosar: inicialmente nos presentamos al grupo, para romper el hielo se hizo una dinámica en la que se lanzaba un ovillo y cada persona que lo recibía decía una necesidad sentida en educación para la salud, a la vez a modo de lluvia de ideas se apuntaba en un rotafolio lo dicho. Otra dinámica fue poner en sobres cerrados, de forma anónima los intereses de cada vía escolar. Entre medio hubo grandes debates, el alumnado sorprendió por su preparación para la sesión, por su naturalidad y por su colaboración.

Los temas que resultaron de interés para el alumnado fueron: consumo de tóxicos y la ansiedad ante los estudios. Recordar que esta dinámica se pudo llevar a cabo por la colaboración previa de los profesores del instituto había orientado a los alumnos para que pensasen que temas en materia de educación para la salud les interesaba reforzar. Cada clase eligió unos representantes que viniesen al CS a contarnos lo que su grupo de iguales había considerado más importante.

Una vez conocidos los temas que más interesaban a los jóvenes diseñamos las intervenciones y las llevamos a cabo. Para el diseño de las actividades tuvimos que asesorarnos con otros profesionales. Nos reunimos con la unidad de salud mental infanto-juvenil del Centro de Salud Pirineos de Huesca. También participó un miembro en el Taller Estrategia educativa para prevenir el abuso adolescente de alcohol que organizó la Dirección General de Salud

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1272

1. TÍTULO

JOVENES AUNQUE SOBRADAMENTE SALUDABLES

Pública del Gobierno de Aragón y que dinamizó Hilario Garrudo (EDEX). Una vez diseñada la dinámica a llevar a cabo en el instituto se puso en práctica con cada vía escolar, en ningún momento se dieron charlas, todas las dinámicas buscaban activar conocimientos previos del alumnado para mediante el aprendizaje guiado y partiendo de la zona de desarrollo próxima del individuo fuesen ellos los que generasen un debate grupal en el que ellos con la guía del moderador consiguiesen ir confrontando creencias y construyendo su propio aprendizaje. Entre las herramientas que se utilizaron, se hizo un video fórum y también se proyectaron imágenes que despertaban interés para debatir. El éxito de estas dinámicas radicó en que la metodología era activa y participativa y así el alumnado se posicionó como los protagonistas de la sesión. Dejamos un enlace del video que se proyecto:

<https://www.youtube.com/watch?v=a9mvJaB7jWI&t=32s>

En cuanto a la organización y comunicación entre profesionales destacar la buena disposición de los profesionales por salvar las dificultades para reunirse y coordinarse como son los claustros, épocas de evaluación, agendas de sanitarios, campañas... realmente hubo una colaboración muy estrecha y coordinada. Todos los profesionales creyeron en el proyecto como elemento importante para el empoderamiento del alumnado en promoción de la salud.

Por último, destacar en relación a la temporalización, se cumplieron los plazos tal cual se programaron.

Entre las acciones realizadas de cara a comunicar a profesionales y pacientes el proyecto y sus resultados:

Es interesante destacar la reunión llevada a cabo con el alumnado en el centro de salud, de ahí descubrimos que los alumnos tenían una necesidad sentida que ni docentes ni sanitarios estábamos percibiendo: su preocupación por la ansiedad ante los estudios.

Haberles preguntado y haberles hecho partícipes en el diseño del proyecto creemos que han sido las claves del éxito en cuanto a la buena acogida del proyecto y de sus dinámicas. Los alumnos lo han valorado positivamente y hemos percibido cómo han valorado el trabajo que hemos llevado a cabo entendiendo lo importante que es para su salud.

Por otro lado, destacar que facilitar distintos canales de comunicación y permitir amplios horarios para hacerlo ha facilitado que el proyecto haya ido desarrollándose en los plazos marcados. Esto refleja un compromiso por parte de todos los profesionales implicados en el proyecto.

En cuanto a material para desarrollar el proyecto:

Destacar la técnica del ovillo que supuso un éxito a la hora de romper el hielo, además al no soltar el cabo del ovillo se teje una red que conecta a todos los asistentes sirviendo para crear un primer vínculo y confianza y dónde se manifiesta que adultos y adolescentes están en el mismo nivel en la reunión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos planteados:

Detectar las dos principales necesidades sentidas en salud del alumnado de 2º de ESO del IES Ramón y Cajal.

Realizar al menos una reunión entre sanitarios y los delegados o representantes de los alumnos para conocer sus necesidades de salud.

Se establecen al menos dos canales de comunicación entre profesionales sanitarios y docentes para favorecer la coordinación y colaboración.

Al menos el 60% de los profesionales sanitarios participarán en el diseño y preparación de la sesión de Educación Para la Salud que se impartirá con el alumnado de 2º de ESO.

Se imparte la sesión o sesiones requeridas según la organización del IES para llegar al menos al 80% del alumnado.

Existe un formulario de evaluación inicial para alumnos.

Existe un formulario de evaluación final para alumnos.

Existe un formulario de evaluación para los profesionales sanitarios implicados y para el equipo docente.

Siguiendo los objetivos destacan los siguientes resultados:

Las principales necesidades sentidas en salud del alumnado fueron: consumo de tóxicos y ansiedad ante los estudios.

Se realiza una reunión con los representantes del alumnado.

Se consiguió una implicación y participación activa del profesorado y del alumnado, estableciendo distintos canales de comunicación (presencial, email, teléfono).

El 75% de los profesionales mantiene un compromiso estable con el proyecto participando en el diseño e implantación de la sesión.

Se diseña e imparte una sesión de educación para la salud atendiendo a las necesidades sentidas del alumnado y dónde éste participó activamente.

Se supera el 80% de la participación del alumnado, ya que la buena colaboración entre profesionales hizo que no se retrasaran los plazos y antes de finalizar el curso se pudo hacer la dinámica con todas las vías educativas.

Se aplican los tres formularios de evaluación (inicial, final para el resultado) y también evaluación de proceso.

Destacar que en cuanto a la evaluación de resultado, se pasaron unas encuestas previas y posteriores a la sesión didáctica con los alumnos en el instituto. El resultado fue sorprendente porque se aprecia una mejora, especialmente en el caso de la ansiedad ante los estudios.

Las encuestas se diseñaron en reuniones entre los profesionales incluían mayoritariamente preguntas cerradas a elegir entre múltiples opciones o medir en un rango de escala tipo Likert. También había alguna pregunta abierta. También se hizo evaluación del proceso, se hacía una reunión mensual entre profesionales, en ellas el objetivo era ver si se cumplía la temporalización programada y ver qué cambios eran necesarios sobre la programación inicial

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1272

1. TÍTULO

JOVENES AUNQUE SOBRADAMENTE SALUDABLES

para adaptarse a las características de cada grupo...

En cuanto al impacto, el proyecto lo disfrutaron todas las vías escolares de 2º de ESO, superando el objetivo inicial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Lección aprendida: al escuchar a la comunidad descubres necesidades sentidas que como profesional puedes no percibir.

Ni los profesores ni los sanitarios se planteaban el tema de la ansiedad ante los estudios como un tema de interés a tratar con el alumnado. A su vez, los profesionales tenían muchos temas en el punto de mira, y como no sabían cual priorizar se decidió que participase en el diseño el alumnado, esta situación fue clave para descubrir que los alumnos tenían una prioridad que se estaba escapando a los profesionales.

El proyecto es replicable, creemos que las actividades y dinámicas se pueden extrapolar a cualquier instituto del territorio independientemente del tipo de alumnado, de que esté en el rural o urbano, además la clave del éxito está en conocer la identidad de cada grupo (necesidades sentidas) y partir de ahí.

Por otro lado, creemos que es sostenible puesto que ya se han abierto vínculos y formas de colaboración con el profesorado del centro, ya se ha creado una metodología de trabajo que funciona.

7. OBSERVACIONES.

Insistir en que se trata de una memoria final de un proyecto ya terminado.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1272 ===== ***

Nº de registro: 1272

Título
JOVENES AUNQUE SOBRADAMENTE SALUDABLES

Autores:
LANAO MARTIN ADOLFO, CEBOLLERO BUISAN LARA, ESCARIO PEREZ JUDITH, HEREDIA OLMOS MARIA JESUS, IZQUIERDO CUARTERO MARIA ANGELES, CANUDO AZOR MARIA DOLORES, ASENSIO GRACIA MARIA AVELINA, ROMAN ESCARTIN MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Siguiendo los principios de una Escuela Promotora de Salud el centro asume en su proyecto educativo los siguientes criterios:

Promover de manera activa la autoestima de todo el alumnado, potenciar su desarrollo psicosocial y capacitar al alumnado para que puedan tomar sus propias decisiones.

Fomentar lazos sólidos entre el centro y la comunidad.

Establecer relaciones de colaboración entre los centros de educación secundaria para desarrollar programas coherentes en educación para la salud.

Aprovechar el potencial educativo de los diferentes servicios de salud como apoyo al programa de educación para la salud, fomentando la responsabilidad compartida y la estrecha colaboración entre los servicios educativos y sanitarios.

Las necesidades han surgido sincrónicamente desde el IES Ramón y Cajal de Huesca, adscrito a la Red de Escuelas Promotoras de Salud y desde los centros de salud Santo Grial y Pirineos de Huesca.

La pertinencia de este proyecto radica en que todos los agentes (el IES y los dos Centros de Salud) creemos necesario capacitar a los adolescentes de nuestra zona de salud para que tengan habilidades, estrategias y recursos para la promoción de su salud y consigan un modo de vida sano teniendo la consciencia de construir un entorno saludable en el presente y en el futuro.

Siguiendo con la pertinencia, creemos que la primera acción es conocer cuáles son las necesidades que el propio alumnado detecta y demanda de nosotros para mejorar sus estrategias de afrontamiento en la promoción de su salud. Por ello pensamos, que si queremos que sean proactivos en el cuidado y mejora de su salud la mejor forma de ayudarles es partiendo de sus demandas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1272

1. TÍTULO

JOVENES AUNQUE SOBRADAMENTE SALUDABLES

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general: Empoderar al alumnado del IES Ramón y Cajal de Huesca en materia de promoción de la salud, teniendo en cuenta sus demandas a nivel grupal.

Objetivo específico:

Detectar las principales necesidades sentidas en salud por parte del alumnado mediante una reunión con los delegados o principales representantes de cada vía escolar.
Facilitar la colaboración y coordinación de los profesionales de educación con los profesionales sanitarios en materia de promoción de la salud mediante distintos canales de comunicación.
Preparar una sesión de educación para la salud de forma coordinada entre los profesionales sanitarios del proyecto, respondiendo a las necesidades detectadas en el alumnado.
Impartir una sesión de educación para la salud según la organización propuesta por el IES dónde se trabajen las necesidades de salud sentidas por el alumnado.

MÉTODO

Se propone una reunión para puesta en común entre profesionales sanitarios y profesionales del centro docente, donde se exponen las diferentes visiones y se elabora una línea de acción común.
Reunión con los delegados de alumnos y principales representantes de cada vía para detectar necesidades de salud sentidas, a realizar en el Centro de Salud Pirineos.
Reuniones entre profesionales de ambos Centros de Salud para coordinar y organizar la elaboración y exposición de la sesión de educación para la salud que se impartirá en el centro educativo.
Impartir la sesión de educación para la salud elaborada para dar respuesta a las necesidades percibidas por el alumnado diana.

INDICADORES

Detectar las dos principales necesidades sentidas en salud del alumnado de 2º de ESO del IES Ramón y Cajal.
Realizar al menos una reunión entre sanitarios y los delegados o representantes de los alumnos para conocer sus necesidades de salud.
Se establecen al menos dos canales de comunicación entre profesionales sanitarios y docentes para favorecer la coordinación y colaboración.
Al menos el 60% de los profesionales sanitarios participarán en el diseño y preparación de la sesión de Educación Para la Salud que se impartirá con el alumnado de 2º de ESO.
Se imparte la sesión o sesiones requeridas según la organización del IES para llegar al menos al 80% del alumnado.
Existe un formulario de evaluación inicial para alumnos.
Existe un formulario de evaluación final para alumnos.
Existe un formulario de evaluación para los profesionales sanitarios implicados y para el equipo docente.

DURACIÓN

La temporalización será desde febrero hasta junio de 2019.
Reunión de toma de contacto entre profesionales sanitarios y docentes mes de febrero.
Reunión de profesionales sanitarios y de educación con el alumnado mes de abril.
Preparación de sesión de EPS por parte de los profesionales sanitarios durante abril y mayo.
Presentación de sesión de educación para la salud mes de mayo-junio.
Análisis de la evaluación de resultados y proceso una vez finalizado.

OBSERVACIONES

Les envío nuevamente el formulario puesto que la vez anterior sobrepasé los 5000 caracteres, ahora ya he subsanado ese problema, muchas gracias.

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 - 2019/0142

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO DE VALORACION DEL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

Fecha de entrada: 13/01/2021

2. RESPONSABLE LETICIA GALAN LATORRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALAYETO GASTON MARIAN
RIVARES MORCATE MARIA JESUS
SARASA FRECHIN EVA
ESTRADA FERNANDEZ MARIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-ADMINISTRACION DE ENCUESTAS DE VALORACION AL INGRESO Y AL ALTA DE LOS PACIENTES DE HD: DESDE 15 DE ENERO DE 2020 A 1 DE ENERO DE 2021

-ANALISIS DE LOS RESULTADOS: DEL 1 AL 10 DE ENERO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Total de cuestionarios cumplimentados al ingreso: 22 (82% de todos los pacientes ingresados). Estandar inicial pacientes ingresados 80%

Total de cuestionarios cumplimentados al alta: 8 (30% de los pacientes ingresados; 37% de los pacientes a los que se les administró el cuestionario al ingreso). Estandar inicial pacientes ingresados 60%

ANALISIS CUANTITATIVO

-Al inicio, en el ingreso, las expectativas de los pacientes puntúan en torno a 4 (media 4,02) (ítems puntúan de 1 a 5). Recopiladas 23 encuestas. Desglose por bloques de ítems:

bloque 1: RECURSO (expectativas iniciales de que sirva como transición hacia la recuperación y facilitador para recuperar una rutina diaria): 4,05

bloque 2: GRUPO (expectativas iniciales en tono a la capacidad del grupo terapeutico como vehículo para alcanzar los objetivos personales): 3,87

bloque 3: EQUIPO TERAPEUTICO (expectativas de recepción de ayuda profesional): 4,36

-Al alta de nuestro recurso la media de la valoración que hacen los pacientes es de 4,76 (ítems puntúan de 1 a 5). Recopiladas 8 encuestas. Desglose por bloques de ítems:

bloque 1: RECURSO (expectativas iniciales de que sirva como transición hacia la recuperación y facilitador para recuperar una rutina diaria): 4,75

bloque 2: GRUPO (expectativas iniciales en tono a la capacidad del grupo terapeutico como vehículo para alcanzar los objetivos personales): 4,65

bloque 3: EQUIPO TERAPEUTICO (expectativas de recepción de ayuda profesional): 4,88

Análisis por ítems:

-Se constata además, en la misma línea que en resultados anteriores la relevancia de: las actividades en grupo, la disponibilidad y acceso respecto a los componentes del equipo y de la atención individualizada a sus necesidades.

-Los pacientes no presentan diferencia en el nivel de las expectativas acerca de los beneficios entre tratamiento farmacológico y el abordaje psicosocial. La valoración final, al alta, confirma dichas expectativas

-Continúa habiendo menos esperanza de atención y apoyo familiar, en la mayoría de los casos, comparando con el resto de expectativas.

Finalmente; A diferencia de los resultados obtenidos con anterioridad, reflejados en la memoria de 2020 (respecto al año 2019), se observa un mayor incremento general de la valoración media efectuada al alta, esto también observado al realizar la comparación con las expectativas previas que presentaban al ingreso.

ANALISIS CUALITATIVO

Las opiniones subjetivas emitidas por los pacientes que cumplimentaron las encuestas al alta giran en torno a la experiencia de sentirse arropados, comprendidos y escuchados, valorando la cercanía y familiaridad por parte del equipo, y además señalan cómo el miedo inicial fue, a lo largo del ingreso, transformándose en sentimiento de seguridad y tranquilidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En cuanto a la ejecución de los objetivos "técnicos", ha habido un incremento en la cantidad de encuestas administradas al ingreso (cumpliendo estándar fijado) pero todavía debemos mejorar en la administración de las encuestas al final de los ingresos al alta, todavía estamos lejos del standard indicado.

Respecto a los resultados "de contenido", se observa una ligera mejor valoración al alta respecto a los resultados anteriores. Las expectativas al ingreso prácticamente no han variado a las obtenidas anteriormente. Es posible que en un periodo tan convulso como el que nos ha tocado vivir este año, se valore por parte de nuestros pacientes de forma más intensa el esfuerzo realizado; durante los meses de marzo y abril que HD permaneció cerrado para los pacientes por seguridad COVID-19 se hizo el seguimiento de todos nuestros pacientes vía telefónica y posteriormente hemos adaptado la metodología de trabajo a las normas de seguridad en cuanto a aforo, grupos, distancias.. etc.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0142

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO DE VALORACION DEL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

Que las expectativas respecto a la intervención con las familias siga siendo la peor valorada nos parece indicativo del deterioro familiar, desarraigo y desamparo del que en muchos casos se encuentran nuestros pacientes; de allí que las valoraciones subjetivas indiquen cómo nuestro recurso como totalidad "restituiría" en parte esa función perdida, constituyendo un referente seguro desde el cual continuar, recuperar o reconstruir sus proyectos de vida.

Para este año nos propondríamos mejorar estándares y quizá revisar los ítems según nueva literatura respecto a los factores implicados en el cambio terapéutico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/142 ===== ***

Nº de registro: 0142

Título
IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO DE VALORACION DEL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

Autores:
GALAN LATORRE LETICIA, ESTRADA FERNANDEZ EUGENIA, LACAL ALEJANDRE LAURA, ALAYETO GASTON MARIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El hospital de día de psiquiatría es un recurso de salud mental en el que se atiende a los pacientes desde la confluencia de diferentes terapias. Nos parece necesario conocer los aspectos más concretos que están relacionados con el cambio terapéutico para poder incidir en ellos. Se ha investigado sobre el modo de evaluar dichos procesos desde una perspectiva integradora; "investigación de procesos y resultados". Esta información relevante podría obtenerse a través de un cuestionario de valoración que los pacientes tendrían que cumplimentar en dos momentos diferentes, al ingreso y al alta.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer los aspectos más concretos que están relacionados con el cambio terapéutico para poder incidir en ellos

MÉTODO
Revisión bibliográfica de forma individualizada
Valoración de los aspectos más frecuentemente señalados por los pacientes observado durante las actividades terapéuticas.
Confección del cuestionario a través de reuniones de equipo
Administración del cuestionario

INDICADORES
Nº de pacientes a los cuales se les administra el cuestionario
Valoración cuantitativa de los ítems del cuestionario y análisis de los datos

DURACIÓN
febrero de 2019: Revisión bibliográfica de forma individualizada
febrero de 2019: Valoración de los aspectos más frecuentemente señalados por los pacientes observado durante las actividades terapéuticas.
febrero de 2019 Confección del cuestionario a través de reuniones de equipo
A partir de marzo de 2019 hasta marzo de 2020. Administración del cuestionario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0142

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO DE VALORACION DEL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

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 - 2019/0432

1. TÍTULO

CONTROL TELEMÁTICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE LA UNIDAD DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR A OTROS HOSPITALES DEL SISTEMA SALUD PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES

Fecha de entrada: 28/12/2020

2. RESPONSABLE ANA MARIA MIGUEL SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO GRACIA NOEMI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han recogido mensualmente los datos que se detallan a continuación, de los pacientes derivados desde la unidad de Angiología y Cirugía Vascular a otros hospitales del sistema salud para la realización de diferentes procedimientos:

- Fecha de canalización
- Diagnóstico
- Motivo de la canalización (procedimiento solicitado)
- Origen: ambulatorio/ingresado
- Prioridad: normal/preferente/urgente
- Fecha de realización
- Observaciones

Estos datos han sido recogidos por todos los miembros de la unidad e incluidos en una hoja de cálculo para el análisis de los mismos. La persona responsable del proyecto ha sido la encargada del seguimiento de los pacientes y valoración de los datos finales. Se ha cumplido con el calendario previsto incluyendo los pacientes derivados desde los meses de enero a diciembre de 2020 puesto que se propuso la continuación del proyecto durante el citado año. No ha sido necesaria la elaboración de material ni el consumo de recursos para el desarrollo del proyecto. El resultado final es de interés para los facultativos implicados en los procesos de derivación a los cuales se hará saber de forma verbal o escrita.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2020 se canalizaron 58 pacientes a los hospitales de Zaragoza. El 94,82% de los pacientes fueron derivados al Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (hospital de referencia) y sólo 3 de ellos al Hospital Universitario Miguel Servet (uno a la Unidad de Malformaciones arteriovenosas, otro al servicio de Cirugía Plástica y el último al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular por presentar patología de aorta torácica). Más de la mitad (62,06%) fueron derivados para la realización de un procedimiento endovascular (16 pacientes para EVAR, 17 para revascularización de extremidades inferiores, 1 para embolización de varices pélvicas, 1 para revascularización de extremidades superiores y 1 por síndrome de Vena Cava Superior). En la actualidad la unidad sigue contando únicamente con dos facultativos y en ocasiones uno por diferentes motivos (periodo vacacional, incapacidad temporal...). La ausencia de guardias médicas y por tanto de atención continuada, imposibilita la realización de cirugías que precisan una vigilancia estrecha del paciente durante el postoperatorio como la patología aórtica. A esto se suma la situación excepcional de pandemia SARS-Cov-2, por lo que la unidad ha visto reducida su actividad quirúrgica programada de forma drástica siendo durante varios meses nula o muy escasa. Por todos estos motivos ha sido necesaria la derivación de pacientes para cirugía abierta que en total han sido 15 (3 por falta de personal, 2 por no disponer de quirófano programado, 7 por patología aórtica y 3 por colapso de la UCI del HUSJ). De los pacientes derivados el 72,41% fueron catalogados como preferentes y de estos el 40,47% eran pacientes ingresados en nuestra unidad. En cuanto a la demora en la atención ha sido de 22,93 días de media en los pacientes catalogados como preferentes (9,9 días de media en los pacientes ingresados) y 3,4 meses de media en los programados (principalmente por patología aórtica). Hay 10 pacientes pendientes de resolución, 3 de ellos están incluidos en la lista de espera quirúrgica del hospital de referencia pendientes de fecha de intervención, 2 pendientes de pruebas diagnósticas y 5 pendientes de valoración en consultas externas.

Se comparan los datos con los del año 2019. El número de pacientes canalizados ha sido mayor en 2020 pasando de 39 a 58 lo que puede ser debido a los problemas organizativos de la unidad anteriormente mencionados que nos limitan a la hora de la programación quirúrgica. En los 6 primeros meses del 2019 la unidad contaba con tres facultativos y dos o tres quirófanos semanales, en 2020 sólo somos dos facultativos con uno o ningún quirófano semanal. No hay cambios respecto al hospital al que se derivan los pacientes puesto que el HCU Lozano Blesa sigue siendo el centro de referencia. Si se observan cambios en cuanto al porcentaje de pacientes derivados para procedimiento endovasculares pasando del 73,68% en 2019 al 62,06% en 2020. La aparente disminución del número de pacientes derivados para dichos procedimientos no es real puesto que el porcentaje disminuye al aumentar el número de pacientes derivados para cirugía abierta (6 en 2019 y 15 en 2020) manteniéndose más o menos estable el número de pacientes derivados para cirugía endovascular (29 en 2019 y 36 en 2020). El porcentaje de pacientes catalogados como preferentes también ha aumentado un 25,05% disminuyendo el porcentaje de estos pacientes ingresados en nuestra unidad un 31,75%. Estos cambios probablemente se deben al aumento de pacientes derivados por isquemia cerebrovascular y patología aórtica aneurismática que precisan una atención preferente programada de forma ambulatoria. No se registran cambios significativos en cuanto a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0432

1. TÍTULO

CONTROL TELEMÁTICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE LA UNIDAD DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR A OTROS HOSPITALES DEL SISTEMA SALUD PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES

la demora en la atención que sigue siendo elevada lo que no sorprende teniendo en cuenta la presión asistencial ya existente, a la que este año se ha sumado la crisis sanitaria en la que todavía estamos inmersos.

La fuente de información son los datos registrados en la historia clínica electrónica de los pacientes del Sector Huesca valorados por el servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital San Jorge y que precisan un procedimiento endovascular para diagnóstico o tratamiento de su patología u otro tipo de procedimiento que no pueda ser realizado en dicha unidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Desde el inicio del proyecto hasta su finalización la unidad ha sufrido varios obstáculos que impide el desarrollo de la misma como pérdida de personal (de cuatro facultativos en enero de 2019 a dos en diciembre de 2020), la falta de recursos no sólo para la realización de procedimientos endovasculares sino también para la planificación de cualquier tipo de intervención quirúrgica al no contar con quirófano programado de forma recurrente, a lo que se suma la pandemia mundial que ha alterado el ritmo hospitalario en todos los niveles.

La demora y los tiempos de espera siguen siendo elevados dada la presión asistencial que ya de por sí sufren los servicios a los que se realiza la derivación y que se incrementa notablemente con la llegada de estos nuevos pacientes que no pertenecen a su sector y más teniendo en cuenta la situación actual. La adquisición de los recursos generales necesarios (humanos y materiales) y una programación quirúrgica adecuada optimizaría la calidad de la atención no sólo disminuyendo los tiempos de espera sino también evitando el traslado del paciente a un hospital que en muchas ocasiones se encuentra muy alejado de su domicilio ocasionando un gran trastorno tanto para él mismo como para sus familiares.

El registro mensual de los datos sigue siendo de gran utilidad para realizar un seguimiento periódico de los pacientes derivados disminuyendo errores de citación y pérdida, por lo que queda definitivamente implantado en la unidad como actividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/432 ===== ***

Nº de registro: 0432

Título
CONTROL TELEMÁTICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE LA UNIDAD DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR A OTROS HOSPITALES DEL SISTEMA SALUD PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES

Autores:
MIGUEL SANCHEZ ANA MARIA, SANCHO GRACIA NOEMI IVANA, INGLES SANZ CRISTIAN

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La falta de recursos para la realización de procedimientos endovasculares en nuestra Unidad crea la necesidad de derivar pacientes a los hospitales de referencia de otra provincia. La presión asistencial que ya de por sí sufren dichos servicios se incrementa notablemente con la llegada de estos nuevos pacientes que no pertenecen a su sector.

En el año 2018 la cifra de pacientes derivados fue de 67 en total siendo 60 de ellos para la realización de procedimientos endovasculares. Los otros 7 pacientes fueron derivados para cirugía abierta convencional en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0432

1. TÍTULO

CONTROL TELEMÁTICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR A OTROS HOSPITALES DEL SISTEMA SALUD PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES

mayoría de los casos por falta de personal facultativo. El 26.8% de los pacientes estaban ingresados y un 17.9% precisaban una atención preferente. Los tiempos de demora fueron variables y en algunos casos prolongados ya que estos pacientes se suman a la lista de espera de dichos hospitales. La unidad cuenta con personal cualificado y formado para la realización de este tipo de procedimientos, pero no cuenta con los recursos materiales necesarios. La adquisición de estos medios y materiales mejoraría la calidad de la atención no sólo disminuyendo los tiempos de espera sino también evitando el traslado del paciente a un hospital que en muchas ocasiones se encuentra muy alejado de su domicilio lo que ocasiona gran trastorno tanto para el mismo como para sus familiares.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana a la que va dirigida el proyecto son los pacientes del Sector Huesca valorados por el servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital San Jorge y que precisan un procedimiento endovascular para diagnóstico o tratamiento de su patología. Con el control telemático de estos pacientes se pretende valorar la posibilidad de ofertar dichos procedimientos como mejora de la calidad asistencial.

MÉTODO

En la Cartera de Servicios de nuestra unidad están incluidas:

- Arteriografía perioperatoria (pre-intra-post)
- Técnica endovascular de angioplastia simple
- Técnica endovascular de angioplastia simple más stent
- Técnica endovascular de angioplastia simple más stent recubierto (endoprótesis)
- Técnica endovascular de injerto endoluminal con endoprótesis
- Técnica endovascular en el síndrome isquémico femoropoplíteo y distal

El personal facultativo que en la actualidad forma la unidad está formado y cualificado para desarrollar este tipo de técnicas por lo que los recursos necesarios serían sólo materiales, aunque deberían realizarse actividades de formación para el personal de enfermería quirúrgica.

INDICADORES

Para el desarrollo del proyecto se va incluir en una hoja de cálculo los siguientes datos:

- Fecha de canalización
- Diagnóstico
- Motivo de la canalización (procedimiento solicitado)
- Origen: ambulatorio/ingresado
- Prioridad: normal/preferente/urgente
- Fecha de realización

Con estos datos podemos obtener información sobre los tiempos de demora y hacer un estudio y seguimiento detallado de los pacientes derivados. Se valorará la posible mejora en la atención de los pacientes al realizar los procedimientos descritos en nuestra unidad.

DURACIÓN

La duración prevista para el desarrollo de este proyecto es desde marzo de 2019 hasta diciembre de 2019. Cada mes se realizará una recogida de datos sistemática de los pacientes derivados por todos los miembros de la unidad y la persona responsable del proyecto será la encargada del seguimiento de los pacientes y valoración de los datos finales.

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 - 2019/1238

1. TÍTULO

MEJORA DEL ENVÍO DE MUESTRAS DE TEST DEL ALIENTO CON UREA MARCADA CON C13 PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI REALIZADOS EN LOS CENTROS DE SALUD

Fecha de entrada: 06/12/2020

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.
ARA MARCA PILAR
BARDAJI CIPRES MARIA JOSE
PUICERCUS MARTIN ANA CRISTINA
LUE ALBERTO
BER NIETO YOLANDA
ESTRADA ONCINS SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- En septiembre 2019 se ha iniciado la valoración del número de muestras de test del aliento enviadas desde los centros de salud para determinar el número de aquellas en las que los datos no están indicados de forma adecuada
- Reunión de los miembros del equipo de mejora en septiembre 2019 para la redacción de un manual en el que se indican las instrucciones para el adecuado manejo y envío de las muestras de test del aliento de H. pylori desde los centros de salud al hospital. Además se ha incluido el algoritmo de tratamiento de la infección por Helicobacter pylori, según la "IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por Helicobacter pylori".
- También se ha redactado una hoja de recomendaciones para el paciente, que debe realizar antes del test del aliento de Helicobacter pylori, para entregársela cuando se le solicite la prueba. Este documento se ha enviado a los centros de salud junto al manual de recomendaciones anterior.
- En noviembre de 2019 se ha realizado la difusión a los centros de salud mediante el envío del manual de recomendaciones para el médico que solicita el test del aliento de Helicobacter pylori y la hoja de recomendaciones para el paciente.
- Revisión de las muestras de test del aliento enviadas desde los centros de salud durante los meses de septiembre, octubre noviembre y diciembre de 2019 y valoración de la correcta cumplimentación de los datos en estas muestras.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Número de muestras de test del aliento de Helicobacter pylori enviadas desde los centros de salud
 - o Septiembre: 221
 - o Octubre: 242
 - o Noviembre: 204
 - o Diciembre: 158
- % de muestras de test del aliento enviadas con los datos indicados correctamente antes y después del envío del manual a los centros de salud
 - o Antes del envío del manual (septiembre y octubre): 76%
 - o Después del envío del manual (noviembre y diciembre): 79%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la mayoría de los centros de salud se ha observado una disminución de los errores en los datos de las muestras de test del aliento de Helicobacter pylori enviadas, excepto en 3 de ellos. Es necesario optimizar la aplicación de las recomendaciones para evitar nuevos errores en los datos de las muestras enviadas. En la memoria previa sobre este proyecto, en enero 2020, se concluyó que era necesario seguir valorando las muestras enviadas desde los centros de salud durante los siguientes meses para evaluar el impacto de las recomendaciones sobre el manejo y envío de las muestras de test del aliento de Helicobacter pylori. Esto no ha sido posible debido a la interrupción de la realización los tests de aliento en marzo 2020 debido a la pandemia por COVID-19. Está previsto reanudar próximamente la realización de tests del aliento de Helicobacter pylori y se revalorará la aplicación de las recomendaciones enviadas.

7. OBSERVACIONES.

En marzo 2020, se suspendieron los tests del aliento para la detección Helicobacter pylori debido a la situación por la COVID-19 por el riesgo de generar aerosoles, por lo que no ha sido posible seguir valorando las muestras enviadas desde los centros de salud. Está previsto reanudar próximamente la realización de tests del aliento de Helicobacter pylori.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1238 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1238

1. TÍTULO

MEJORA DEL ENVIO DE MUESTRAS DE TEST DEL ALIENTO CON UREA MARCADA CON C13 PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI REALIZADOS EN LOS CENTROS DE SALUD

Nº de registro: 1238

Título
MEJORA DEL ENVIO DE MUESTRAS DE TEST DEL ALIENTO CON UREA MARCADA CON C13 PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI REALIZADOS EN LOS CENTROS DE SALUD

Autores:
BELLOC BARBASTRO BLANCA, ARA MARCA PILAR, ARGUIS NERIN MARIA VICTORIA, BARDAJI CIPRES MARIA JOSE, LUE ALBERTO, BER NIETO YOLANDA, ESTRADA ONCINS SILVIA

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La infección por *Helicobacter pylori* afecta a alrededor del 50% de la población mundial y desempeña un papel fundamental en el desarrollo de diversas enfermedades digestivas como la gastritis crónica, la úlcera péptica y el cáncer gástrico, por lo que un diagnóstico adecuado y un tratamiento eficaz son esenciales en la práctica clínica. El test del aliento es la prueba no invasiva que se utiliza con más frecuencia para el diagnóstico de la infección por *H. pylori* y tiene una alta sensibilidad y especificidad para la confirmación de la erradicación de *H. pylori* tras el tratamiento. Actualmente se realiza tanto en la consulta de Digestivo del Hospital San Jorge como en los centros de salud, lo que permite evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes al hospital. Tras la realización de la prueba en los centros de salud, las muestras se envían en un sobre a la consulta de Digestivo del Hospital para su posterior análisis.

Para el adecuado manejo y análisis de las muestras enviadas en la consulta de digestivo es necesario que los datos del paciente (nombre y número de historia), el centro y el médico que solicita la prueba, estén correctamente indicados, además, es importante conocer si el test del aliento se ha realizado previamente al tratamiento erradicador o post-tratamiento para confirmar erradicación. En ocasiones estos datos no están correctamente indicados, lo que puede provocar que se comentan errores en la identificación de las muestras y dificultar el adecuado análisis y envío de los resultados. En estos casos, habitualmente se contacta telefónicamente con el centro de salud.

El diseño de un manual en la que se indiquen las instrucciones para el adecuado manejo y envío de las muestras de test del aliento desde los centros de salud al hospital puede mejorar la correcta identificación y análisis de estas muestras.

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar la recogida de datos de las muestras de test del aliento de *H. pylori*, enviadas desde los centros de salud a la consulta de digestivo, que permita el correcto análisis e identificación de las muestras.
Elaborar una base de datos para recoger la información de las muestras recibidas (nombre y número de historia del paciente, médico solicitante, día de la prueba, test del aliento pre o post-tratamiento y resultados)

MÉTODO

Valoración del número de muestras de test del aliento enviadas desde los centros de salud en las que los datos no están indicados de forma adecuada
Redacción de un manual en la que se indiquen las instrucciones para el adecuado manejo y envío de las muestras de test del aliento de *H. pylori* desde los centros de salud al hospital.
Difusión del documento a los centros de salud.
Elaboración de una base de datos que permita la adecuada recogida de información de las muestras de test del aliento de *H. pylori* realizadas, tanto en el hospital como en los centros de salud.

INDICADORES

- % de centros de salud que reciben el manual enviado
- % de muestras de test del aliento enviadas con los datos indicados correctamente antes y después del envío del manual a los centros de salud

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1238

1. TÍTULO

MEJORA DEL ENVIO DE MUESTRAS DE TEST DEL ALIENTO CON UREA MARCADA CON C13 PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI REALIZADOS EN LOS CENTROS DE SALUD

DURACIÓN

Desde mayo 2019 hasta octubre 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 - 2019/0538

1. TÍTULO

MEJORA EN GESTION DE PROCESOS: ELABORACION DE PROCESOS Y PROTOCOLOS EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRA

Fecha de entrada: 12/01/2021

2. RESPONSABLE MARIA EUGENIA ESTRADA FERNANDEZ
· Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FUSTER RAMON BEGOÑA
SANTISO SANZ MIGUEL
CARNICER QUILEZ MARIA ANTONIA
ALAYETO GASTON MARIAN
SARASA FRECHIN EVA
GALAN LATORRE LETICIA
ESTEBAN SORIANO BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el marzo del 2019 se analizaron y estudiaron los protocolos previos, analizando los presentes y cómo gestionar la nueva planificación de los protocolos establecidos. Durante ese periodo se elaboraron los mapas de procesos y subprocesos del Hospital de día de psiquiatría, poniéndolos en marcha a partir de la fecha prevista (abril 2019). Durante los siguientes meses, hasta el 2020, se ha ofrecido para la revisión del servicio de Calidad para su posterior aprobación y aplicación por parte de todos los profesionales de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Estudio del protocolo: marzo 2019 (acorde con el standard marcado)
- Elaboración de mapas de procesos y subprocesos: marzo 2019 (acorde con el standar marcado). Se han desarrollado y elaborado el proceso y subprocesos del hospital de día de psiquiatría.
- Puesta en marcha: desde abril 2019 (acorde con el standard marcado). Se ha puesto en marcha los protocolos establecidos.
- N° pacientes beneficiados: se han beneficiado de forma indirecta todos los pacientes ingresados desde abril del 2019, fecha en la que se inicia el protocolo.
- 2020: aprobación por el servicio de calidad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha valorado positivamente la organización necesaria para poder establecer los protocolos, se necesitaron reuniones de equipo para consensuar y organizarlos, así como la evaluación y consenso de los mismos durante la realización y posteriormente. Se destaca el trabajo en equipo para una mejora de forma indirecta de la calidad asistencial y mejora de los pacientes en la unidad de Hospital de día de psiquiatría. Se considera una valoración del proyecto apta para la sostenibilidad del recurso, por su mejora en el funcionamiento una vez establecidos los protocolos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/538 ===== ***

Nº de registro: 0538

Título
MEJORA EN GESTION DE PROCESOS: ELABORACION DE PROCESOS Y PROTOCOLOS EN HOSPITAL DE DIA DE PSQUIATRIA

Autores:
ESTRADA FERNANDEZ EUGENIA, FUSTER RAMON BEGOÑA, SANTISO SANZ MIGUEL, CARNICER QUILEZ MARIA ANTONIA, ALAYETO GASTON MARIAN, SARASA FRECHIN EVA, GALAN LATORRE LETICIA, ESTEBAN SORIANO BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0538

1. TÍTULO

MEJORA EN GESTION DE PROCESOS: ELABORACION DE PROCESOS Y PROTOCOLOS EN HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Ante la variabilidad del personal sanitario /administrativo que permanece en el trabajo de HDD, se perciben carencias en la continuidad de actividades, intervenciones y coordinación. Se considera primordial en la unidad unos criterios para disminuir la variabilidad en la gestión que repercute de forma directa e indirecta en la atención al paciente. Se confeccionan el mapa y procesos en base a otros protocolos, experiencias y reuniones de equipo.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Organización del recurso ; 2. elaboración de estrategias de mejora a nivel del equipo asistencial ; 3. Mejorar la coordinación para un mayor beneficio del paciente tanto de forma directa como indirecta.

MÉTODO

- Estudio de protocolos previos y análisis de publicaciones
- Confección de la gestión de protocolos
- Puesta en marcha de los mismos.

INDICADORES

Nºpacientes beneficiados; elaboración del mapa de procesos y elaboración de subprocesos

DURACIÓN

- Estudio del protocolo: marzo 2019;
- Elaboración de mapas de procesos y subprocesos: marzo 2019
- Puesta en marcha: desde abril 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0817

1. TÍTULO

MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

Fecha de entrada: 10/12/2020

2. RESPONSABLE YOLANDA GAZOL PERIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· 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.

-Se mantuvo el grupo de trabajo hasta marzo de 2020 que, debido al inicio de la pandemia de Covid 19, se descovocan las reuniones del equipo de trabajo.
-Se mantuvieron las sesiones clínicas programadas para el buen registro de los parámetros en OMI: Manejo de espirometrías en Atención Primaria (5-2-20); Actualización en diabetes (29-4-20); Actualización en HTA (6-5-20); Actualización en síndrome metabólico (13-5-20); Actualización en EPOC (20-5-20).
--Queda pendiente la revisión de los registros de los indicadores clínicos. Pospuesto por la actual situación de pandemia Covid.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dado que sigue pendiente la revisión de registros de los indicadores clínicos, podemos valorar como resultado alcanzado las sesiones clínicas que se han realizado a lo largo de las primeras semanas de 2020.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto ha sido el seguimiento del iniciado en el año 2018. Durante el primer año se pudo realizar una correcta valoración con indicadores positivos.
En la actual situación en la que se encuentra la Atención Primaria dificulta la ejecución del proyecto en toda su extensión por falta de personal, formación y motivación.
Se recomienda retomar la posibilidad de trabajar nuevamente con proyectos de calidad, pero con un apoyo real a los equipos, dada la satisfacción del proyecto presentado en el 2018.

7. OBSERVACIONES.

Este proyecto debe ser cerrado por desplazamiento de la titular del mismo a otro centro sanitario.
Si se prioriza la forma de trabajo con proyectos de calidad, se debería tener en cuenta la estabilidad de los equipos.

*** ===== 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

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

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

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 llevan 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 Périz (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 Périz

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 (%)

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

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

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 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 - 2019/0969

1. TÍTULO

CREACION DE PERFILES ANALITICOS DE SLICITUS FRECUENTE EN NEUROLOGIA EN HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 17/12/2020

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.

ARTAL ROY JORGE
ALBERTI GONZALEZ OLALLA
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
TORDESILLAS LIA CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El primer trabajo fue de revisión en las guías correspondientes a cada patología de la Sociedad Española de Neurología los algoritmos diagnósticos y se recogió lo que interesaba respecto a las solicitud de pruebas diagnosticas de laboratorio. Posteriormente se consensuó entre los cinco miembros del Servicio de Neurología, dichos perfiles y se añadieron nuevos items que se vieron necesarios. Una vez preparados los perfiles se hicieron varias reuniones con responsables del Sº de Bioquímica y de laboratorio del Hospital san Jorge para la adjudicación de un código y su incorporaron en la solicitud electrónica de peticiones de laboratorio. El resultado de este trabajo ha sido la creación de los siguientes PES:

PES 330: Perfil Deterioro Cognitivo.

Código: 330.

Perfiles: Hemoglobina glicosilada, hemograma, lues.

Pruebas: Glucosa, urea, creatinina, acido urico, proteinas totales, colesterol total, sodio, potasio, cloro, vitamina B12, acido folico,, TSH, vitamina D, filtrado glomerular estimado.

PES 331: Perfil Polineuropatia:

Código :331.

Perfiles: Complemento, Inmunologia, proteinograma, Ac anti citoplasma neutrofilo, Hemoglobina glicosilada, hemograma, serologia VIH, brucella,hepatitis C y B, borrelia y lues.

Pruebas: glucosa, yrea, creatinina, acido urico,proteinas totales, ALT,AST,ALP,GGT, bilirrubina total, albumina, trigliceridos, ECA,LDH, ANA scren, ac antitiroideos, VSG, vitamina B 12, acido folico, TSH, vitamina D, PCR, inmunofijacion en suero, crioglobulinas, Filtrado glomerular estimado.

PES 332:Perfil ictus en paciente joven.

Código: 332.

Perfiles: Complemento, proteinograma, hemoglobina glicosilada, hemograma, serologia VIH, brucela, hepatitis B y C, borrelia y lues.

Pruebas: glucosa, urea, creatinina, acido urico, proteinas totales, calcio, fosforo, ALT, AST, GGT,colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, bilirrubina total, albumina, sodio, potasio, cloro, trigliceridos, LDH, ANA scren, Anti DNA, VSG, vitamina B12, acido folico, TSH,Vitamina D, homocisteina, PCR, inmunocomplejos circulantes, inmunofijacion en suero, crioglobulinas, T. de protrombina, actividad de protrombina, fibrinogenos derivado, anticoagulante lupico, ac anticardiolipina IgG, anti beta 2 glicoproteina, lactato en plasma, factor reumatoide, filtrado glomerular estimado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han establecido tres nuevos perfiles analíticos de nueva creación en patologías neurológicas frecuentes . Dicha creación impacta en el tiempo de consulta, siendo mas rápida su solicitud a través de este formato. Además homogeneiza las peticiones entre los distintos facultativos, facilitando las visitas de revisión de los pacientes entre compañeros al solicitar lo mismo.

Se ha solicitado al servicio de bioquímica el numero de peticiones realizadas a lo largo del 2020:

Neuro Periodo. Desde 01/01/2020 hasta 14/12/2020

PES 330 Perfil deterioro Cognitivo 14 peticiones

PES 331- Perfil Polineuropatía 13 peticiones

PES 332 Perfil ictus en paciente joven 18 peticiones

realizadas todas por neurologos del H. San Jorge

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Continuar difundiendo la posibilidad de esta solicitud apra facilitar su uso frecuente

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0969

1. TÍTULO

CREACION DE PERFILES ANALITICOS DE SOLICITUS FRECUENTE EN NEUROLOGIA EN HOSPITAL SAN JORGE

*** ===== Resumen del proyecto 2019/969 ===== ***

Nº de registro: 0969

Título
CREACION DE PERFILES ANALITICOS DE SOLICITUD FRECUENTE EN NEUROLOGIA DE HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
GRACIA FERNANDEZ LORENA, ARTAL ROY JORGE, GARCIA GOMARA MARIA JOSE, MARTIN GOMEZ MARIA JOSE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actividad en practica clínica habitual en Neurología, hay patologías de alta prevalencia que precisan de estudios analíticos muy estandarizados y consensuados por las diferentes sociedades científicas. Se propone redactar perfiles analíticos concretos para patología neurológica frecuente para optimar recursos y tiempo tanto en consulta como en hospitalizan.

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de Perfiles analíticos de uso frecuente en Neurología, en diferentes patologías: Deterioro cognitivo, ictus en paciente joven etc...

MÉTODO
Durante este año realización de reuniones dentro del servicio de Neurología y con los distintos servicios de laboratorios centrales para consensuar las determinaciones pertinentes en cada perfil.

INDICADORES
Tras la instauración de los perfiles analíticos, se realizara una evaluación del numero de peticiones realizadas y las nuevas necesidades que se vayan observando.

DURACIÓN
Durante el año natural 2019, para la implantación para 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0269

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARTO NORMAL

Fecha de entrada: 21/12/2020

2. RESPONSABLE LAURA MARTIN TARIFA
· Profesión MATRONA
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL

OTAL LOSPAUS SILVIA

SANCHEZ LOPEZ PILAR

BELLOC GARCIA MARIA JOSE

CARNICER CEBOLLADA MARTA

DE ANDRES GONZALEZ ROCIO

MACHIN RICOL MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una reunión informativa a todos los profesionales del servicio de obstetricia y ginecología del proyecto de elaborar una vía de práctica clínica del parto normal, actualizada y multiprofesional. Durante los siguientes meses, mediante reuniones de equipo de los miembros del proyecto, se elaboró la vía clínica del parto normal de nuestro centro. Posteriormente, se dejó un periodo de sugerencias para que los compañeros/as pudieran realizar aportaciones.

Una vez tenidas en cuenta dichas aportaciones, se finalizó la vía clínica. A continuación el Supervisor del Área Obstétrica revisó el trabajo realizado y dio su visto bueno. Se obtuvo también la aprobación de la Jefa de Servicio de Obstetricia y Ginecología. En la actualidad el proyecto se encuentra en la Comisión de Calidad de nuestro centro pendiente de aprobación para su puesta en marcha. El calendario previsto se ha visto retrasado por la situación de emergencia sanitaria actual, puesto que se ha dado prioridad a otros aspectos asistenciales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la realización de este proyecto se ha conseguido elaborar un instrumento para planificar y coordinar la secuencia de procedimientos médicos y de enfermería necesarios para conseguir la máxima eficiencia en el proceso de hospitalización tras el parto. De esta manera, se ha conseguido estandarizar los cuidados proporcionados durante el puerperio inmediato de las pacientes que son atendidas en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Jorge. Medimos el indicador de si los profesionales estaban de acuerdo con elaborar un vía clínica del parto normal. Lo obtuvimos preguntando directamente a los compañeros en las reuniones. El 100% de los compañeros se ha mostrado conforme con el proyecto y bastantes de ellas han indicado que era además necesario.

La vía clínica elaborada consiste en un documento en formato papel de 2 hojas que se utiliza durante cada uno de los días de estancia hospitalaria de las pacientes ingresadas en nuestro servicio. En la primera parte del documento se detallan los aspectos relacionados con el parto. A continuación existen una serie de casillas separadas por días de estancia hospitalaria, que deben ser cumplimentadas por el profesional que realiza el pase de planta de planta ese día. De esta manera, tanto el ginecólogo como la matrona pueden informar de la evolución de la paciente en una única hoja, permitiendo así una continuidad de cuidados más eficaz, ya que a simple "golpe de vista" todos los profesionales podrán ver la evolución de la estancia hospitalaria. Además tras la puesta en marcha de la vía clínica, se conseguirá una reducción del número de documentos de la historia clínica. También se ha dejado un apartado para que la TCAE pueda cumplimentar indicando los cuidados que haya podido proporcionar a la paciente, como son alimentación, higiene, movilización, y lograr así un enfoque multidisciplinar. Todo ella enmarcado en una matriz temporal de días de estancia hospitalaria.

Por lo tanto tras la realización de este proyecto se ha logrado:

- Establecer un protocolo común de actuaciones basadas en las recomendaciones del Ministerio de Sanidad.
- Minimizar la variabilidad en la práctica clínica en la atención de las pacientes hospitalizadas tras un parto normal en el Hospital San Jorge.
- Coordinar las actuaciones que realizan los diferentes profesionales que atienden a las pacientes ingresadas en nuestro servicio (ginecólogos, matronas, TCAES)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han logrado todos los objetivos establecidos para este proyecto de mejora. La elaboración de la vía clínica ha supuesto un proceso de actualización del equipo de obstetricia y ginecología basado en la evidencia y, además, ha permitido unificar los criterios de atención en el postparto. Ha habido una buena coordinación entre los participantes del proyecto y ha sido bien acogido en la unidad. En un futuro, se podría plantear digitalizar el documento y añadirlo como parte de la historia clínica electrónica de la paciente.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0269

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARTO NORMAL

*** ===== Resumen del proyecto 2019/269 ===== ***

Nº de registro: 0269

Título
VIA CLINICA PARTO NORMAL

Autores:
MARTIN TARIFA LAURA, LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL, OTAL LOSPAUS SILVIA, SANCHEZ LOPEZ PILAR, BELLOC GARCIA MARIA JOSE, CARNICER CEBOLLADA MARTA, DE ANDRES GONZALEZ ROCIO, MACHIN RICOL MARIA PILAR

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 .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el año 2007, se puso en marcha la estrategia al parto normal, acordada por el Consejo Interterritorial del SNS. A partir de dicha estrategia surgió la " Guía de práctica clínica de atención al parto normal" en la que se elaboraron una serie de recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible que conllevó a un cambio importante en la asistencia al parto en nuestro país. El parto, es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles que generalmente se articula entorno al bloque obstétrico. La atención al parto requiere un modelo de atención compartido entre obstetras, matronas, enfermeras y auxiliares de enfermería que desarrollen un trabajo en equipo y de colaboración. Con carácter general, la matrona atiende al parto que se mantenga dentro de los límites de la normalidad y requerirá la atención del obstetra en aquellas situaciones de riesgo y/o complicaciones.

Las vías clínicas pueden considerarse versiones operacionales de las guías de práctica clínica; son planes de atención del obstetra en aquellas situaciones de riesgo y/o complicaciones.
Las vías clínicas pueden considerarse versiones operacionales de las guías de práctica clínica; son planes de atención basados en la evidencia, que intentan reducir la variabilidad injustificada en práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial. En la actualidad en nuestro centro no disponemos de una vía clínica de atención al parto normal, por ello, consideramos que su elaboración y posterior implantación, puede servir como medio para la consecución de buenas prácticas a todos los profesionales implicados en la asistencia a la mujer y el recién nacido, durante el parto y postparto.

RESULTADOS ESPERADOS
- Minimizar la variabilidad de la práctica clínica en la atención al parto normal en el servicio de obstetricia y ginecología de nuestro hospital.
- Identificar las actividades de los profesionales sanitarios y no sanitarios que atienden a las mujeres durante el proceso de parto y postparto.
- Elaborar una matriz temporal, con todas las actividades.

MÉTODO
- Información a todos los profesionales que participen en la atención al parto normal desde el ingreso de la gestante hasta el alta hospitalaria.
- Se elaborará un borrador de la vía clínica del parto normal, realizado por los profesionales que participan en el proyecto de calidad.
- Se dejará un tiempo para sugerencias y modificaciones del borrador.
- Se acordará la vía clínica definitiva con todos los miembros del proyecto.
- Se presentará también la vía clínica definitiva al coordinador de Obstetricia y Ginecología y los demás profesionales que intervienen en la atención al parto.
- Se implantará en la práctica asistencial.

INDICADORES
Encuesta de satisfacción de los profesionales con el uso de la vía clínica de atención al parto normal a los tres meses de su implantación.

DURACIÓN
- Desde Marzo hasta Junio de 2019, se procederá a la elaboración y aprobación de la vía clínica por parte del equipo encargado del proyecto de calidad.
- En julio de 2019, comenzará su implantación en el servicio de Obstetricia y Ginecología.
- En Octubre se recogerán las encuestas de satisfacción de los profesionales encargados de la asistencia al parto y postparto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0269

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARTO NORMAL

- Si los resultados de dichas encuestas, han sido favorables, se procederá a su implantación definitiva, a partir de Noviembre- Diciembre 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 - 2019/0851

1. TÍTULO

CONSUMO DE COLIRIOS EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 11/01/2021

2. RESPONSABLE MIRIAN ARA GABARRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS
JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA
SOLER MACHIN JAVIER
FERNANDEZ PEREZ SERGIO
DE LEON MONZON LUIS PEDRO
ESCAR HERNANDEZ YOLANDA
BUISAC LACAMBRA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Búsqueda bibliográfica relacionada, si bien no hemos hallado artículos que contemplen actuaciones previas similares a la planteada en nuestro proyecto.
-Confección de documento en formato word (una tabla) donde existen casillas para marcar el consumo de los siguientes colirios y/o pomadas: fluoresceína, anestésico doble, lidocaína, pred-forte, dexametasona, tobradex, diclofenaco, fenilefrina 10%, tropicamida, ciclopléjico 1%, atropina 1%, pilocarpina, tobrex, oftacilox, vigamox, timoftol 0,50%, trusopt, iopimax, antiedema, pomada antiedema, pomada prednisona-neomicina, tobrex ungüento oftálmico, pomada aureomicina, methocel 2%. Las tablas se repartieron en 5 consultas (consultas externas del HSJ), en la consulta de Oftalmología del Hospital Provincial (ambulatorio) y en la sala de CMA del bloque quirúrgico del HSJ. Las tablas se recogieron cada mes. No se ha tenido en cuenta el consumo en Hospital de Jaca.
-Confección de una base de datos en formato excel para anotar resultados.
-Comunicación del plan a todos los miembros del Servicio: médicos, enfermería y personal auxiliar, para que se anote el consumo de colirios en cada consulta y en el bloque quirúrgico (en la sala de CMA).
-Recogida de datos de forma mensual (en lugar de semanal, como se planeó inicialmente).
No se ha desglosado consumo de colirios por consultas y por bloque quirúrgico, como se planeó inicialmente, por logística (pacientes intervenidos a los que se les suministran los colirios en consulta al día siguiente, en realidad su consumo habría que atribuirlo a quirófano en lugar de consulta; otro ejemplo cuando se ha aplicado el proyecto en el día a día: se apuntan colirios que han sido utilizados en otra consulta en otra hoja, si se "ha olvidado" de hacerlo en ese momento). Por motivos prácticos se ha hecho el cómputo global por tipo de colirios y en cada mes, pero no se ha desglosado por consultas o por actividad quirúrgica.
El proyecto comenzó el 1 de abril de 2019 y se recogieron datos hasta el 15 de enero de 2020, es decir, nueve meses y medio.
No se han precisado recursos materiales adicionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Número de colirios usados en total: 3076 unidades.
Desglosado por producto concreto: fluoresceína 497, anestésico doble 54, lidocaína 1, pred-forte 2, dexametasona 1, tobradex 832, diclofenaco 768, fenilefrina 10% 177, tropicamida 268, ciclopléjico 1% 82, atropina 1% 20, pilocarpina 4, tobrex 29, oftacilox 3, vigamox 7, timoftol 0,50% 0, trusopt 1, iopimax 10, antiedema 189, pomada antiedema 24, pomada prednisona-neomicina 79, tobrex ungüento oftálmico 17, pomada aureomicina 0, methocel 2% 11 (el número detrás de cada producto se refiere al número de unidades de cada uno).
-Número de colirios usados en área quirúrgica: 55% de los colirios utilizados.
-Número de colirios usados en consultas externas: 45% de los colirios utilizados.
Se dan porcentajes en estos dos últimos indicadores por motivos expuestos en párrafos anteriores (no se desglosó consumo por consulta y área quirúrgica). Sin embargo, sumando las unidades de tobradex, diclofenaco y antiedema, los que más se han dado en área quirúrgica (por cirugía de catarata) se pueden aproximar notablemente los porcentajes a los ofrecidos en este proyecto.
-Distribución según grupos farmacológicos:
-anestésicos: 552 unidades.
-midriáticos: 547 unidades
-antibióticos: 56 unidades
-antiinflamatorios: 1682 unidades (se han incluido aquí tobradex y pomada de prednisona-neomicina, en lugar de hacerlo en el grupo de antibióticos)
-otros (que incluyen hipotensores, mióticos, antiedema y pomada antiedema, methocel): 239 unidades.
Solo entre dos productos, tobradex y diclofenaco (los que más usamos en el postoperatorio de la cirugía de la catarata, el procedimiento quirúrgico más frecuente), suponen 1600 unidades. es decir, el 52,01% del total en dicho período.
-Distribución de consumo total por meses:
-abril 394, mayo 435, junio 369, julio 194, agosto 119, septiembre 361, octubre 455, noviembre 410, diciembre 228, enero (hasta el 15-1-20) 111.
(el número detrás de cada mes se refiere al número de unidades totales consumidas en cada uno).
El mes de menor consumo fue agosto (119) y el de mayor consumo fue octubre (455).
La distribución de cada tipo de colirios en cada mes, que también se ha cuantificado, ha estado compensada en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0851

1. TÍTULO

CONSUMO DE COLIRIOS EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

todos los meses, con porcentajes de consumo similares en cada uno de ellos, acorde con los porcentajes finales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Somos conscientes de que se trata de una aproximación al consumo real realizado y que no son cifras exactas, por el volumen de consultas diario principalmente (ha resultado más sencillo medirlo en bloque quirúrgico). Sin embargo, el trabajo realizado permite hacernos una idea clara del consumo de colirios / pomadas en nuestro Servicio. En todo caso, debemos insistir en que son cifras a la baja sin duda, es decir, el consumo real ha sido algo mayor. Son cifras que deben ponerse en el contexto de la actividad realizada en un Servicio de tamaño mediano (6 consultas y 1 quirófano diario), con una plantilla de 8-9 oftalmólogos en el período del proyecto. Nos ha parecido interesante observar estas cifras de consumo, que confirman cifras elevadas de gasto en este apartado (si bien no es objeto de este proyecto traducir las unidades en coste monetario). Observamos que tobradex y diclofenaco, en nuestro centro, son los más solicitados, algo que puede importar de cara a tener el stock necesario para cubrir la demanda. Otra utilidad potencial de este proyecto es conocer mejor a qué ritmo se consumen los colirios (recogida de datos mensuales) para gestionar de la mejor forma posible la compra a las diferentes casas comerciales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/851 ===== ***

Nº de registro: 0851

Título
CONSUMO DE COLIRIOS EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
ARA GABARRE MIRIAN, LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS, JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA, SOLER MACHIN JAVIER, FERNANDEZ PEREZ SERGIO, DE LEON MONZON LUIS PEDRO, ESCAR HERNANDEZ YOLANDA, BUISAC LACAMBRA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la práctica clínica diaria oftalmológica se utilizan colirios para facilitar la exploración de la superficie corneal, toma de presión intraocular, exploración de fondo de ojo, etc. El consumo de todos los tipos de colirio en global es elevado, teniendo en cuenta el volumen de pacientes que se visita a diario y el número de consultas abierto. Los profesionales intuimos un consumo elevado, pero no hemos reparado en cuantificarlo con cierta precisión. Si bien los responsables del gasto conocen las cifras, nos ha parecido interesante observar este apartado. También en quirófano se consumen colirios, tanto para preparar a los pacientes para las intervenciones como los que a menudo se dan al paciente en el postoperatorio inmediato. Intentaremos aproximar el consumo de unidades de colirios en consultas y en área quirúrgica, ya que somos conscientes de la dificultad de hacer un recuento exacto. En definitiva solo tendremos en cuenta el consumo a nivel hospitalario en el Servicio de Oftalmología del Hospital San Jorge, obviando el gasto por recetas médicas u órdenes de dispensación.

RESULTADOS ESPERADOS
Cuantificar el número de unidades de colirios utilizadas el nuestro Servicio, tanto en consultas externas como en área quirúrgica.
Distribución del consumo según grupos farmacológicos (colirios anestésicos, midriáticos, antibióticos, antiinflamatorios, otros)

Se vincula el proyecto a la práctica clínica diaria del Servicio de Oftalmología del Hospital San Jorge.

MÉTODO
Las actividades previstas son: búsqueda bibliográfica relacionada, confección de una base de datos en formato

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0851

1. TÍTULO

CONSUMO DE COLIRIOS EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

excel para recoger resultados, comunicación del plan a todos los miembros del Servicio: médicos, enfermería, personal auxiliar, para que se tenga en cuenta anotar el consumo en cada consulta y en bloque quirúrgico. Se plantea recoger los datos de forma semanal. No se precisan recursos materiales adicionales en este caso. No se prevé cambios en la oferta de servicios derivado del resultado del estudio. A priori se trata de conocer un dato más de nuestra actividad diaria en el que no solemos reparar los profesionales.

INDICADORES

Número de colirios usados en Consultas Externas

Número de colirios usados en área quirúrgica

Distribución según grupos farmacológicos (anestésicos, midriáticos, antibióticos, antiinflamatorios, otros)

DURACIÓN

El proyecto comenzará el 1 de abril de 2019. Se prolongará durante 10 meses. En febrero de 2020 se hará recuento definitivo y se presentarán resultados en la memoria pertinente. Cada uno de los componentes del equipo se ocupará de recoger los datos de consumo de la consulta en la que están habitualmente. El responsable del proyecto recogerá también los datos del consumo de colirios en área quirúrgica, además de confeccionar la base de datos del estudio.

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 - 2019/1024

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD INTEGRAL. ALERTAS SANITARIAS

Fecha de entrada: 23/12/2020

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR RODRIGUEZ MAÑAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ PUENTE ADRIAN
GARCIA OTAL ELENA
BRAU PERIZ PATRICIA
NAVARRO PEREZ CLARA
LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA
ARROYOS BELLOC FRANCISCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Creación del Grupo de trabajo de alertas no farmacológicas
- 2.- Reunión informativa
- 3.- Perfeccionamiento metodológico del proyecto de mejora.
- 4.- Definición del proceso de gestión de las Alertas no farmacológicas.
- 5.- Consenso distribución de tareas
- 6.- Elaboración del Registro de Alertas (Anexo I)
- 7.- Diseño del borrador de protocolo de gestión de las alertas no farmacológicas (Anexo II)
- 8.- Pilotaje del protocolo
- 9.- Evaluación del pilotaje
- 10.- Presentación a la Comisión de Calidad (Febrero 2020)
- 11.- Difusión entre los Servicios mayoritariamente implicados (Marzo 2020)
- 12.- Implantación (Marzo 2020)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS:

- 1.- Indicador definición de proceso/Estándar: SI/Resultado 2020, SI
- 2.- Diseño Protocolo gestión Alertas/Estándar: SI/Resultado 2020, SI
- 3.- Indicador Registro: Alertas Registradas/Alertas Recibidas x 100/estándar 100%/Resultado 2020, $43/43 \times 100 = 100\%$
- 4.- Indicador Información: Alertas Informadas/Alertas Recibidas x 100/ Estándar 100% / Resultados 2020, $43/43 \times 100 = 100\%$
- 5.- Indicador Adopción medidas: Alertas resueltas/Alertas recibidas x 100 / Estándar 100% / Resultados 2020, $41/43 \times 100 = 95\%$

FUENTE:

Registro de Alertas no farmacológicas elaborado al efecto y que incluye los siguientes Items: Fecha, Nº de Alerta, Producto, Fabricante, lote, Motivo, Servicios implicados, Acciones correctoras, Acciones formativas, Seguimiento de acciones, fecha de cierre.

IMPACTO:

Hasta el desarrollo del proyecto no se disponía en el Hospital de información sobre las Alertas No Farmacológicas tramitadas ni de su gestión, toda vez que se carecía de Registro de las mismas. Se carecía igualmente de procedimiento estandarizado de gestión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LECCIONES /CONCLUSIONES:

- 1.- La tarea de Reflexión y análisis al que obliga la elaboración de un protocolo, ha mejorado sustancialmente la definición del proceso.
- 2.- El trabajo desarrollado para ello ha facilitado la coordinación del personal de las diferentes áreas del Hospital y ha incrementado su implicación en la resolución de las Alertas.
- 3.- La disposición de un Registro facilita la detección de deficiencias en la gestión de las Alertas.
- 4.- La implementación del proyecto permite la trazabilidad de la gestión de las alertas y su valoración por puntos críticos.

REPLICACIÓN:

El protocolo diseñado sería perfectamente replicable en los diversos Centros Sanitarios con la debida adaptación a las circunstancias específicas de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

Están disponibles el Protocolo de Gestión Alertas No Farmacológicas y el Registro de Alertas No Farmacológicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1024

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD INTEGRAL. ALERTAS SANITARIAS

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1024 ===== ***

Nº de registro: 1024

Título
PROMOCION DE LA SALUD INTEGRAL. ALERTAS SANITARIAS

Autores:
RODRIGUEZ MAÑAS MARIA DEL MAR, RODRIGUEZ PUENTE ADRIAN, GARCIA OTAL ELENA, BRAU PERIZ PATRICIA, NAVARRO PEREZ CLARA, LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA, ARROYOS BELLOC FRANCISCA

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: gestion alertas sanitarias
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se conoce como alerta sanitaria toda sospecha de una situación de riesgo potencial para la salud de la población y/o de trascendencia social, frente a la cual se hace necesario el desarrollo de acciones de Salud Pública urgentes y eficaces. Se requiere una especial vigilancia por sus potenciales consecuencias en el ámbito sanitario. Con la finalidad de poder identificar y verificar las situaciones de alerta por riesgos para la salud de la población que surgen en relación con la calidad, seguridad, la comercialización ilegal de medicamentos y productos sanitarios así como para poner en conocimiento de los profesionales sanitarios la información o medidas necesarias que se adopten, es preciso generar un circuito con el objeto de gestionar esta información coordinando las diferentes acciones las cuales incluyen que las alertas lleguen a sus destinatarios, se pongan en marcha las medidas oportunas y se elabore un registro que asegure la trazabilidad de las mismas.

RESULTADOS ESPERADOS
Registro de datos. % alertas registradas/alertas recibidas=100%
Resolución de alertas. % alertas resueltas/total alertas recibidas=100%
Realización del protocolo

MÉTODO
Abril. Reunión primera información, ver documentación.
Mayo. Reunión para repartir tareas, coordinación.
Junio. Elaboración de protocolo. hojas de registro.
Septiembre. presentación del protocolo a la comisión de calidad
Septiembre a Diciembre. Puesta en marcha del protocolo, difusión e implantación.

INDICADORES
Registro de datos. % alertas registradas/alertas recibidas=100%
Resolución de alertas. % alertas resueltas/total alertas recibidas=100%
Realización del protocolo. SI

DURACIÓN
UN 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 - 2019/0311

1. TÍTULO

INSTAURACION DEL TRATAMIENTO PERCUTANEO (ASPIRACION Y LAVADO) ECOGUIADO EN LA TENDINOPATIA CALCIFICANTE DEL MANGUITO ROTADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 21/12/2020

2. RESPONSABLE ALVARO BORJA ALEGRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ GAMBAU JORGE
MARQUINA MARTINEZ DIANA
MONTEJO GAÑAN INMACULADA
LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Establecidos los siguientes criterios de inclusión para los pacientes:

-Pacientes diagnosticados de tendinopatía calcificada del manguito con estudio ecográfico y radiológico.
-Ausencia de otra causa evidente del dolor y/o discapacidad funcional del hombro afecto. Se eliminan por tantos pacientes con artrosis glenohumeral avanzada, pacientes con artrosis secundaria a antecedente traumático o pacientes con omalgia derivada de una fractura aguda o subaguda de troquíter o cuello humeral.

Se revisan estudios radiológicos simples y ecográficos de hombro con peticiones clínicas englobadas en: Omalgia, sospecha de tendinopatía del manguito rotador, sospecha de rotura de manguito rotador, sospecha de tendinopatía calcificante del manguito rotador, sospecha de tendinopatía calcificante del tendón del supraespinoso. Durante el período de marzo a noviembre 2019 (memoria 1) se obtuvieron 43 pacientes con criterios de inclusión óptimos. Desde noviembre 2019 a la actualidad (final 2020) se suman 15 pacientes más.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De estos 58 pacientes seleccionados, todos ellos cumplen los criterios de inclusión seleccionados (tendinopatía calcificante del manguito rotador demostrada radiológica/ecográficamente y ausencia de otra causa evidente de omalgia). De estos 58 pacientes, en 27 de ellos la calcificación sería subsidiaria de tratamiento (criterio de tratamiento de la calcificación establecida como calcificación densa y mayor de 10mm en su eje máximo). El resto de los 31 pacientes se excluyen por calcificación menor de 10mm en su eje máximo (22 pacientes) y por calcificación grumosa en fase de reabsorción (9 pacientes). En cuanto a los estándares marcados al principio del proyecto, se cumplen los dos primeros (resultados aportados en memoria 1 entregada el año pasado). Resultados para el 2º año no conseguidos para ítems 3 y 4. Ítem 5 pendiente.

1. Número de pacientes remitidos para valoración de tratamiento percutáneo durante el primer año. Estándar >30. Se llega a 43 pacientes en el período marzo-noviembre 2019 (período de 9 meses)

2. Porcentaje de pacientes remitidos subsidiarios de tratamiento con criterios de inclusión positivos durante el primer año. Estándar >50%. Se llega al 51,1% (22 de los 43 pacientes con criterio de inclusión positivo).

3. Número de pacientes remitidos para valoración de tratamiento percutáneo a partir del 2º año. Estándar >50. No se alcanzan resultados. 15 pacientes para el período anual 2020

4. Porcentaje de pacientes remitidos subsidiarios de tratamiento con criterios de inclusión positivos a partir del 2º año. Estándar >65%. No se alcanza el porcentaje (5 de los 15 subsidiarios, 33%).

5. Porcentaje de pacientes tratados con realización de encuesta, en el caso de instaurarla, tras el procedimiento. Estándar >85%). No se cumple

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Llama la atención la discordancia entre los datos de 2019 respecto a 2020. En 2019, pese a los problemas anteriormente descritos (principalmente la variabilidad de peticiones en cuanto al servicio peticionario: Rehabilitación, traumatología, medicina familiar y comunitaria, reumatología, entre otras) se consiguió cumplir los parámetros propuestos para el primer año. Los resultados en este 2020 han sido peores y claramente relacionados con el contexto pandémico que ha puesto contra las cuerdas nuestro sistema de salud. La ecografía fue uno de los puntos críticos dado el contacto directo y continuo con el paciente, anulándose muchas de ellas durante la pandemia y perdiendo papel sobre todo la musculoesquelética en aras de la oncológica, urgente/preferente y de pacientes ingresados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/311 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0311

1. TÍTULO

INSTAURACION DEL TRATAMIENTO PERCUTANEO (ASPIRACION Y LAVADO) ECOGUIADO EN LA TENDINOPATIA CALCIFICANTE DEL MANGUITO ROTADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Nº de registro: 0311

Título
INSTAURACION DEL TRATAMIENTO PERCUTANEO (ASPIRACION Y LAVADO) ECOGUIADO EN LA TENDINOPATIA CALCIFICANTE DEL MANGUITO ROTADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
BORIA ALEGRE ALVARO, LACOMA LATRE EVA MARIA, SANCHEZ LALANA EVA, TORRECILLA MUZAS SANDRA, LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO

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 .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La tendinopatía calcificante del hombro es una lesión común caracterizada por la formación de depósitos cálcicos sobre los tendones del manguito rotador del hombro y de forma particular en el supraespinoso. Se trata de una lesión que es cada vez más frecuente y, aunque se da en ambos sexos y a cualquier edad, la mayor incidencia es en mujeres de 40 a 60 años. Entre un 10-20% de las tendinitis calcificantes del hombro se mantienen asintomáticas. Sin embargo, en el resto de los casos, una vez que se ha formado el depósito de calcio los síntomas más frecuentes son dolor intenso especialmente nocturno y al realizar determinados movimientos de rotación del hombro, lo que, a su vez lleva a una pérdida progresiva de la movilidad de la articulación y a una incapacidad secundaria. El tratamiento percutáneo ecoguiado mixto con aspiración y lavado es una técnica poco invasiva, fiable, consolidada y que ha demostrado tener muy buenos resultados en pacientes seleccionados.

RESULTADOS ESPERADOS

1. En este proyecto proponemos una vía terapéutica nueva, complementaria y no excluyente a las ya existentes (tratamiento conservador con antiinflamatorios no esteroideos, infiltración con corticoides de la bursa subacromiosubdeltoidea, litotricia por ondas de choque, cirugía) para el abordaje de la tendinopatía calcificante.
2. Los pacientes subsidiarios de beneficiarse de este tratamiento deberán cumplir los siguientes criterios de inclusión:
 - Pacientes diagnosticados de tendinopatía calcificada del manguito rotador con una calcificación de al menos 10mm de eje mayor visible con estudio ecográfico y radiológico. Confirmación de los hallazgos con con Rx simple y ecografía realizado en nuestro Servicio el día del tratamiento.
 - Ausencia de otra causa evidente del dolor y/o discapacidad funcional del hombro afecto.
 - Pacientes que firman el consentimiento informado.

MÉTODO

1. Elaboración de un protocolo para la implantación y adecuación de este procedimiento
2. Proceso informativo para dar a conocer la opción terapéutica a pacientes y médicos solicitantes (principalmente a médicos de Atención Primaria, rehabilitadores, traumatólogos)
3. Elaboración de un consentimiento informado adecuado al procedimiento
4. Posibilidad de desarrollar una encuesta para valorar el grado de éxito del tratamiento (encuesta el día del procedimiento, al mes, 3 y 6 meses) valorando escala de dolor de 0-10 (escala visual analógica, EVA)
5. Revisión de las encuestas y los registros
6. Análisis de los datos y propuesta de nuevas líneas de mejora

INDICADORES

1. Número de pacientes remitidos para valoración de tratamiento percutáneo durante el primer año. Estándar >30
2. Porcentaje de pacientes remitidos subsidiarios de tratamiento con criterios de inclusión positivos durante el primer año. Estándar >50%
3. Número de pacientes remitidos para valoración de tratamiento percutáneo a partir del 2º año. Estándar >50
4. Porcentaje de pacientes remitidos subsidiarios de tratamiento con criterios de inclusión positivos a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0311

1. TÍTULO

INSTAURACION DEL TRATAMIENTO PERCUTANEO (ASPIRACION Y LAVADO) ECOGUIADO EN LA TENDINOPATIA CALCIFICANTE DEL MANGUITO ROTADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

partir del 2º año. Estándar >65%

5. Porcentaje de pacientes tratados con realización de encuesta (en el caso de instaurarla) tras el procedimiento. Estándar >85%

DURACIÓN

Línea de mejora que engloba al servicio de Radiodiagnóstico del Hospital de San Jorge con posibilidad de difusión informativa hacia otros servicios cercanos al área musculoesquelética (principalmente Atención Primaria, Rehabilitación, Traumatología).

Fecha de inicio: 1 marzo 2019

Fecha finalización: 1 marzo 2020.

1. Elaboración de un protocolo de inclusión de pacientes subsidiarios de tratamiento percutáneo ecoguiado. Fecha: marzo 2019.
2. Proceso informativo para dar a conocer la opción terapéutica a pacientes y médicos solicitantes (principalmente a médicos de Atención Primaria, rehabilitadores, traumatólogos). Realización de charlas intrahospitalarias/servicios seleccionados, trípticos informativos. Fecha: marzo-septiembre 2019.
3. Elaboración de un consentimiento informado adecuado al procedimiento. Fecha: marzo 2019.
4. Elaboración de encuesta para valorar el grado de éxito del tratamiento (encuesta el día del procedimiento, al mes, 3 y 6 meses) valorando escala de dolor de 0-10 (escala visual analógica, EVA). Fecha: marzo 2019.
5. Revisión de las encuestas y registros. Fecha: febrero 2020.
6. Análisis de los datos y propuesta de nuevas líneas de mejora. Fecha: febrero 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0730

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA GUIA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON COLICO RENAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 26/12/2020

2. RESPONSABLE DAVID MEJIA ESCOLANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H SAN JORGE
· Localidad HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLER ALLUE SANDRA
APARICIO JUEZ LARA
BERNE MANERO JOSE MIGUEL
SERRA PUYAL BEATRIZ
GALLEGO LLORENS ROSA
ALVAREZ CORTES MARINA
MOYANO LEDESMA AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Elaboración de un protocolo de actuación ante el cólico renal en urgencias con la implicación de los servicios de Radiodiagnóstico, Urología y Urgencias
- Elaboración de hoja de recomendaciones al alta del servicio de urgencias del paciente que acude por cólico renal
- Se han realizado 3 reuniones a lo largo de 2020

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han revisado las HC del 1 de diciembre de 2019 a 30 de noviembre de 2020.

Se ha revisado a través de la base de datos de Puesto Clínico Hospitalario para urgencias hospitalarias (PCH) los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del HUSJ desde el 1 de diciembre de 2019 y el 30 de noviembre de 2020.

- N = 450
- Muestra con un 5% de error y un IC del 95% = 208
- Se ha realizado una hoja de vaciado con posterior volcado a una base de datos tipo excel donde se han analizado los diferentes indicadores.
- De manera sistemática, se han analizado por orden 1 de cada 2 registros con un total de 225 registros.

Indicadores:

1. N° Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal y son tratados de acuerdo con las recomendaciones de la Guía para la atención del paciente con cólico renal en Urgencias / N° Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal / x 100
Estándar 90%
 $224/225 \times 100 = 99,6\%$
2. N° Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal y triaje II en que se demora la administración de tratamiento analgésico más de 15 minutos / N° Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal x 100
Estándar 20%
Acudieron al servicio de urgencias 28 pacientes con nivel II de triaje (12,4%), 164 con nivel III (2,9%) y 33 con nivel IV (14,7%).
 $14/28 \times 100 = 50\%$
3. N° Pacientes con criterios de cólico renal complicado a los que se les ha practicado ecografía abdominal y/o TAC / N° Pacientes con criterios de cólico renal complicado x 100
Estándar > 95%
Acudieron a urgencias 41 pacientes con cólico renal complicado (18,2%)
 $35 / 41 \times 100 = 87,5\%$
4. N° Pacientes con primer episodio de cólico renal citados a consulta externa de Urología / N° Pacientes con primer episodio de cólico renal atendidos en Urgencias x 100
Estándar 60%
Acudieron a urgencias 171 pacientes con primer episodio de cólico renal (76%)
 $42 / 171 \times 100 = 24,6\%$

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Queda mucho recorrido a desarrollar en algunos aspectos del proceso como puede ser la derivación a las CCEE y reforzar la idea que ante un cólico renal complicado se hace necesaria la realización de una prueba de imagen tipo ECO o TAC, se han solicitado muchas pruebas de imagen pero no hemos llegado al estándar.
- El proyecto es sostenible dado que está la implicación de 3 servicios clínicos.
- Se dará una sesión en primavera ya programada dentro de las sesiones del servicio para reforzar los puntos débiles detectados este año 2020 como son el tiempo de inicio de tratamiento en los pacientes con nivel II de triaje, solicitar prueba de imagen a los cólicos renales complicados y la derivación a Urología ante un primer cólico renal.
- Implementaremos el proyecto en el SU del Hospital de Jaca.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0730

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA GUIA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON COLICO RENAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/730 ===== ***

Nº de registro: 0730

Título
IMPLANTACION DE UNA GUIA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON COLICO RENAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
MEJIA ESCOLANO DAVID, MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA, SOLER ALLUE SANDRA, APARICIO JUEZ LARA, BERNE MANERO JOSE MIGUEL, SERRA PUYAL BEATRIZ, GALLEGU LLORENS ROSA, CUARTERO CASIN CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
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

El cólico renal es un cuadro clínico secundario a una obstrucción ureteral aguda, parcial o completa, en la mayoría de los casos secundaria a un cálculo o litiasis que provoca distensión aguda en el sistema colector. Es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias, y constituye el motivo más frecuente de asistencia urgente dentro del ámbito urológico (2-5 % de las urgencias hospitalarias). Por la brusquedad de su aparición, la intensidad del dolor y el quebrantamiento general que provoca, es una verdadera urgencia médica.
En el servicio de Urgencias del H. San Jorge de Huesca tenemos una prevalencia de 1,5% de media en los últimos 7 años.
Como factores favorecedores están los meses cálidos, a primera hora de la mañana, ser hombre blanco de 30 a 50 años.
Es una causa muy importante de morbilidad y, aunque el fracaso renal por su causa es poco frecuente, origina un importante sufrimiento para el paciente y un elevado coste socioeconómico.
A pesar de su elevada incidencia, diferentes estudios han demostrado la gran variabilidad clínica a la hora del diagnóstico y el tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

- Optimizar la atención del paciente que consulta por cólico renal en el Servicio de Urgencias, con un rápido y eficaz control del dolor siguiendo las guías de práctica clínica existentes.
- Definir las indicaciones para la realización de las pruebas complementarias.
- Definir la estrategia a seguir en el caso del cólico renal complicado.
- Definir los criterios de derivación a Consultas Externas de Urología.

MÉTODO

Se realizará una guía para la atención de los pacientes con cólico renal que consultan en el Servicio de urgencias, en la que conste los criterios diagnósticos de cólico renal simple y complicado, las pruebas complementarias a realizar con sus indicaciones, tratamientos, así como los criterios de alta a domicilio, interconsulta con el Servicio de Urología, ingreso hospitalario y de control en consulta de Urología.
Se realizará la guía para la atención de estos pacientes entre Abril y Junio de 2019, poniéndola en conocimiento del personal del Servicio de Urgencias en el tercer trimestre de 2019, para su implantación definitiva en el último trimestre de dicho año.

INDICADORES

- 1) Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal y son tratados de acuerdo con las recomendaciones de la Guía para la atención del paciente con cólico renal en Urgencias
- Dimensión: Efectividad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0730

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA GUIA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON COLICO RENAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

- Fórmula: No Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal / No Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal y son tratados de acuerdo con las recomendaciones de la Guía para la atención del paciente con cólico renal en Urgencias x 100
 - Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.
 - Tipo: Proceso
 - Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
 - Estándar: 90%
- 2) Retraso en el tratamiento de los pacientes con cólico nefrítico
- Dimensión: Efectividad
 - Fórmula: No Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal y triaje II en que se demora la administración de tratamiento analgésico más de 15 minutos / No Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal x 100
 - Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.
 - Tipo: Proceso
 - Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
 - Estándar: 20%
- 3) Pacientes con criterios de cólico renal complicado a los que se les realiza ecografía abdominal
- Dimensión: Efectividad
 - Fórmula: No Pacientes con criterios de cólico renal complicado a los que se les ha practicado ecografía abdominal y/o TAC / No Pacientes con criterios de cólico renal complicado x 100
 - Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.
 - Tipo: Proceso
 - Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
 - Estándar: > 95%
- 4) Pacientes atendidos en el SU con el primer episodio de cólico renal que son citados a Consultas Externas de Urología
- Dimensión: Efectividad
 - Fórmula: No Pacientes con primer episodio de cólico renal citados a consulta externa de Urología / No Pacientes con primer episodio de cólico renal atendidos en Urgencias
 - Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.
 - Tipo: Proceso
 - Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
 - Estándar: 90%

DURACIÓN

Se pretende iniciar las actividades en abril y terminarlas a finales del año 2019.

Elaboración de una guía de actuación ante el cólico renal en urgencias.

Los responsables de la implantación son los participantes del proyecto de mejora que una vez elaborada la guía darán

a conocer a los diferentes 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 :

*** ===== **