

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de AG y CP-2019)

Número de memorias: 29 (Actualizado el lunes 22 de febrero de 2021 a las 09:10:39 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	AMB	USM BARBASTRO	ABAD RUIZ ALODIA	2019_0955	S2	22/12/2020	GRUPO DE FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE
BA	AP	CS ABIEGO	CASTELLS SOLANAS MARIA ANGELES	2018_0372	S2	12/01/2021	EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRAMIDE ALIMETARIA
BA	AP	CS AINSA	ARCAS LALIENA ALBA	2019_0338	S2	22/01/2021	REANIMANDO SOBRARBE
BA	AP	CS BINEFAR	ROMERO NEVADO FERMIN	2019_1395	S2	12/02/2021	¿ESTAN AFECTADAS LAS CAROTIDAS DE NUESTROS PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES?
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO	2016_0486	F	15/12/2020	CARRO DE PAROS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	2018_0177	S2	04/12/2020	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	2019_0291	S1	15/12/2020	ISO-ACTUALIZACION Y REINVENTARIADO DE LA SALA DE URGENCIAS DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y P.A.C. DE BENASQUE
BA	AP	CS FRAGA	NAVARRO TAUSIET MARIA PAZ	2018_0316	F	26/12/2020	PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA
BA	AP	CS FRAGA	SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES	2019_0136	F	14/12/2020	EDUCACION SANITARIA PARA LOS USUARIOS DE ATENCION CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA A TRAVES DE PICTOGRAMAS E ILUSTRACIONES
BA	AP	CS FRAGA SALUD BUCODENTAL	SERRANO PELLUS NOEMI ALEXANDRA	2019_1291	F	30/12/2020	MEJORA ASISTENCIAL DE LA SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA
BA	AP	CS LAFORTUNADA	GRACIA MARCO MARIA	2019_0701	S2	12/01/2021	ELABORACION DEL PLAN DE INTERVENCION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO
BA	AP	CS MONZON URBANO	LAMARCA GAY ROCIO	2019_1443	S2	22/12/2020	GRUPO DE CRIANZA EN EL CENTRO DE SALUD DE MONZON
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CAMARA ABON ELENA	2018_0552	S3	10/12/2020	DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA
BA	AP	DAP BARBASTRO	MONCLUS MURO ANA TERESA	2019_0016	F	23/12/2020	GESTION DE LA DEMANDA EN ATENCION PRIMARIA
BA	AP	DAP BARBASTRO FARMACIA ATENCION PRIMARIA	BUISAN GIRAL MARIA JOSE	2019_0006	F	23/12/2020	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE ANTIDIABETICOS NO INSULINICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ	2019_0365	F	07/12/2020	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DIETETICA Y NUTRICION	PALACIN ARIÑO CLARA	2019_0356	F	28/12/2020	OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARINGEA
BA	HOSP	H BARBASTRO ENFERMERIA	MALO ASO ALEJANDRA MARIA	2019_0702	S2	12/01/2021	MANUAL PARA LOS COLABORADORES DE ESTANCIAS CLINICAS: CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES A ALCANZAR POR LOS ALUMNOS. GUIA DOCENTE
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL	2019_0422	F	28/12/2020	ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE CONSTATAION DE ORDENES DE NO REANIMACION CARDIOPULMONAR
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	CAMPO SIN ALICIA	2019_0712	S2	12/01/2021	ULCERAS POR PRESION EN PACIENTES CRITICOS ¿SON EVITABLES?
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	BAGÜESTE MORAN PATRICIA	2019_0105	F	11/01/2021	MOVILIZACION PRECOZ Y OTRAS NUEVAS MEDIDAS PARA EVITAR EL DETERIORO FUNCIONAL DEL ENFERMO ANCIANO HOSPITALIZADO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	MEDRANO MARTINEZ PILAR	2019_0605	S2	09/12/2020	PROPUESTA DE HUMANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD CLINICA
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	ALPIN DE MUR MARIA ANGELES	2019_0773	S2	22/01/2021	EVALUACION DE LA HIGIENE PERSONAL EN PACIENTES AUTONOMOS INGRESADOS E IMPLEMENTACION DE MEDIDAS EDUCACIONALES
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	PEYRET FERRER INMACULADA	2019_0811	F	28/12/2020	MEJORA EN EL INTERCAMBIO DE COMUNICACION EN EL CAMBIO DE TURNO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA PLANTA DE ESPECIALIDADES MEDICAS
BA	HOSP	H BARBASTRO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	ROBRES GUILLEN PILAR	2019_0013	S2	23/12/2020	MEJORA DE LA RECOGIDA, ALMACENAJE Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE MICROBIOLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	CATENA LACOMA MARIA JOSE	2019_0490	S0	21/01/2021	PROYECTO DE MEJORA DE HEMOCUÑTIVOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA	2019_0200	F	04/01/2021	PLAN DE MEJORA PARA POTENCIAR LA CIRUGIA SEGURA EN GINECOLOGIA (HISTERECTOMIAS PROGRAMADAS)
BA	HOSP	H BARBASTRO PSIQUIATRIA	RIVAS CALVETE MARTA	2019_1439	S2	03/02/2021	PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12-14 AÑOS, PEDIATRIA MONZON-USMIJ
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	BLASCO PEREZ NURIA	2019_0894	F	13/01/2021	PROGRAMA DE MEJORA PARA EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN LA CONTENCION Y TRATAMIENTO FUNCIONAL DEL ESGUINCE DE

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

Memorias de Proyectos seleccionados (de AG y CP-2019)

Número de memorias: 29 (Actualizado el lunes 22 de febrero de 2021 a las 09:10:39 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							TOBILLO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0955

1. TÍTULO

GRUPO DE FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Fecha de entrada: 22/12/2020

2. RESPONSABLE ALODIA ABAD RUIZ
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro USM BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MOLES ARCOS BARBARA
GARCIA CALVO LAURA
MORA PARDINA TERESA
GONZALEZ GARCIA MARIA LUISA
LAFUERZA PUY ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las profesionales de la Unidad empezamos a informar y plantear posibilidad de acudir a grupo a algunos de los familiares de los paciente con TMG de nuestra Unidad no llegando a poder formar grupo por la situación sobrevenida con el COVID

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se han podido realizar los grupos por situación derivada del Covid

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se ha podido realizar grupos por lo que no tenemos conclusiones

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/955 ===== ***

Nº de registro: 0955

Título
GRUPO DE FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Autores:
ABAD RUIZ ALODIA, MOLES ARCOS BARBARA, CERECEDA SATUE MARIA, MORA PARDINA TERESA, GONZALEZ GARCIA MARIA LUISA, LAFUERZA PUY ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: USM MONZON

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los familiares de los pacientes con TMG son parte fundamental en el tratamiento de éstos, llegando a ser determinantes de buena evolución y pronóstico de su enfermedad
Existe evidencia científica relativa que demuestra que la intervención familiar en personas con esquizofrenia reduce las recaídas; síntomas persistentes hay mejor cumplimiento del tratamiento, una reducción significativa de la carga percibida por los cuidadores familiares y se reduce los niveles de emoción expresada dentro de las familias.
Cuando el diagnóstico de una de estas enfermedades se produce tiene lugar un fuerte impacto y estado de shock tanto en el paciente como en sus familiares influyendo tanto en el proceso de la persona enferma como en la estructura y dinámica familiar.
A la hora de intervenir podremos identificar reacciones del tipo protector, rabia, duelo, culpa, miedo, aislamiento social, alta emoción expresada, etc.
La afectación de la familia es importante y como parte del sistema del paciente se hace necesario trabajar con ellos.

Por cuestiones de tiempo y de eficiencia, nos planteamos trabajar a través de grupo con familias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0955

1. TÍTULO

GRUPO DE FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

En un principio se le dará enfoque de grupo de apoyo, entendiendo que pueden darse sesiones de grupo con un enfoque más psicoeducativo. Todo irá determinado por el contenido de las sesiones.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Crear espacio de encuentro entre los familiares de los pacientes y los profesionales.
2. Concienciar a las familias de su papel como agentes de cambio, rehabilitación y normalización de las personas con enfermedad mental, potenciando su implicación en el proceso terapéutico.
3. Contribuir a la comprensión de las familias de los aspectos relacionados con las enfermedades mentales.
4. Compartir vivencias y experiencias con otros familiares llegando a integrarlas como normales.
5. Favorecer la adquisición de estrategias de afrontamiento ante dificultades o dificultades en a relación con sus familiares enfermos.
6. Mejorar la comunicación y el clima intrafamiliar.
7. Generar apoyo emocional al favorecer la sensación de sentirse comprendido
8. Fomentar la expresión emocional y de sentimientos.
9. Establecer lazos y romper el aislamiento de las familias.
10. Proporcionar información adicional en relación a los diferentes servicios y recursos, en caso de ser necesario.

MÉTODO

Entenderemos como familiares a los padres, parejas, hijos y hermanos de los pacientes
Será un requisito fundamental que estén motivados para participar, con el objetivo de entender mejor a su familiar y poder ayudarlo al mismo tiempo que lo estén para poderse ayudarse a sí mismos como cuidadores.
Se preparará un folleto informativo sobre el grupo y se dejará en la sala de espera además de entregar a los familiares de los pacientes con TMG en las consultas. Mínimo serán necesarios 5 familiares para poder empezar a trabajar. Se planteará como un grupo abierto permitiendo que se vayan incorporando otros hasta llegar a un máximo de 10 familiares, momento el que se cerrará.
Las sesiones se orientarán a tratar aspectos de interés de mayor relevancia como la sintomatología, la evolución, el diagnóstico y tratamiento, herramientas para el manejo eficaz del trastorno y de la convivencia, poniendo en común dificultades y soluciones encontradas en diferentes casos, al mismo tiempo que se dará la oportunidad de expresar libremente sus sentimientos y preocupaciones en relación a la enfermedad y la situación familiar.
Estos grupos serán conducidos por la trabajadora social se fomentará la escucha empática y el apoyo mutua, haciendo incapié en reducir los sentimientos de culpabilidad que asumen muchos familiares. El encuentro con personas con vivencias similares que repercuten directamente en la sensación de encontrarse solos.
En función del contenido abordado en cada sesión se contará con la colaboración de los diferentes profesionales de la USM: psiquiatra, psicóloga y enfermera.
La frecuencia y duración de la sesión del grupo será los jueves cada quince días y de una duración estimada de hora y media.
El lugar físico será la sala de reuniones de la USM de Barbastro, pudiendo solicitarse con antelación alguna de las Aulas del propio Hospital.
En cada sesión se recogerá un Acta con los asistentes y temas tratados.
Al finalizar las sesiones se les entregará un cuestionario de evaluación para medir nivel de satisfacción y de utilidad de los contenidos tratados en cada sesión.
Por último, destacar que el objetivo final del grupo es que pueda llegar a funcionar como grupo de ayuda mutua.

INDICADORES

- N° de familiares participantes en grupo: mínimo 7 familias participantes de un máximo de 10.
- Nivel de satisfacción de los participantes: media > o = a 3 sobre 5
- Nivel de utilidad : media >o = 3 sobre 5

DURACIÓN

- De marzo a mayo de 2019 elaboración de folleto y difusión del grupo.
 - Previsión comienzo en mayo, aunque estará sujeto a variación según número de familias interesadas en ese momento.
- Fechas: 16 mayo,13 junio, 10 julio,26 septiembre,10 octubre,7 noviembre, 5 diciembre

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 - 2018/0372

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRAMIDE ALIMENTARIA

Fecha de entrada: 12/01/2021

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES CASTELLS SOLANAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ABIEGO
· Localidad ABIEGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TODA CALVO MARIA ROSARIO
MILLAN BARRIO MARIA LUISA
GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES
LATRE MUZAS BARBARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Debido a la situación de la pandemia sufrida a lo largo de este año y dado que se llevaba a cabo en el ámbito escolar ha sido imposible proseguir la actividad.
Decidimos llevar a cabo la incorporación del plato de Harvard en el desarrollo del taller.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras ponernos en contacto con el personal docente comprobamos que la actividad tenía buena aceptación por su parte. Retomaremos el proyecto en cuanto la situación epidemiológica nos lo permita.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Seguimos valorando la importancia del aprendizaje de unos buenos hábitos nutricionales y aprovechar la oportunidad que no da el ámbito rural para acercarnos a la escuela.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/372 ===== ***

Nº de registro: 0372

Título
EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRAMIDE ALIMENTARIA

Autores:
CASTELLS SOLANAS MARIA ANGELES, TODA CALVO MARIA ROSARIO, CASTRO ASIN ALFREDO, GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES, MILLAN BARRIO MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ABIEGO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras reunión de equipo y analizando la situación en la comunidad, se detecta como una de las prioridades, la instauración de programas para la salud en el ámbito escolar, con la iniciativa de fomentar la educación sobre la alimentación. Promover hábitos saludables previene patologías agudas y crónicas, así como favorece el desarrollo de estilos de vida que ofrezcan bienestar y calidad de vida.
La adquisición de hábitos alimentarios y comportamientos saludables en la etapa infantil (escolar) es fundamental para asegurar conductas beneficiosas para la salud en el futuro.

RESULTADOS ESPERADOS
Población diana: Alumnos del CRA Vero-Alcanadre. Colegio de Bierge.
- Como principal objetivo se pretende informar y motivar a la población infantil en la práctica de hábitos alimentarios saludables.
- Verificar la adquisición de conocimientos 6 meses post-intervención.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0372

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRAMIDE ALIMETARIA

MÉTODO

Reunión con el Equipo docente para explicar el proyecto y elaborar un calendario conjunto

- En la primera sesión se pretende realizar una puesta en común acerca de conocimientos nutricionales, que nos ayude a valorar el punto de partida y que hábitos debemos reforzar con mayor intensidad.

- En la segunda sesión se realizará una charla teórica acerca de los nutrientes, cantidad necesaria y recomendable en la ingesta. Analizar la pirámide de los alimentos. Tras explicación teórica se llevará a cabo una actividad individual construyendo la pirámide.

Concluir la sesión con una encuesta de preguntas cortas, donde se valorarán las contestaciones satisfactorias, de los conocimientos adquiridos en el taller.

- Se finalizará con una encuesta post-intervención 6 meses después de la práctica, para verificar y afianzar conocimientos adquiridos.

INDICADORES

- Evaluación tras encuesta de los conocimientos aprendidos durante el taller.

- Evaluación a los 6 meses, por encuesta, valorando conocimientos alimentarios adquiridos.

DURACIÓN

Tres sesiones a lo largo del curso escolar 2018-2019.

Finalización del proyecto junio 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0338

1. TÍTULO

REANIMANDO SOBRARBE

Fecha de entrada: 22/01/2021

2. RESPONSABLE ALBA ARCAS LALIENA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS AINSA
· Localidad AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PERA FERRAZ CARMEN
BAGÜES CASAS SONIA
LOPEZ CALZON PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde un inicio, la idea de este proyecto es añadirlo a la agenda comunitaria y dejarlo como unas series de actividades/ servicios fijos en el centro. Dado la problemática en la que nos hemos visto inmersos este año (COVID 19) no ha sido posible realizar ninguna de las actividades que teníamos previsto hacer este año. Dado que nuestro objetivo es seguir con ello en cuanto se pueda reanudar la actividad asistencial "normal" la idea es posponer el proyecto hasta que esto sea posible.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Ya que no hemos podido realizar las actividades este año 2020, solo disponemos de los resultados alcanzados el año anterior (ya expuestos en la memoria del 2019)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una conclusión, no tanto por la realización de este proyecto, sino por la problemática actual, sería el deber que tendremos a partir de ahora de intentar formar a la gente ya no solo en RCP básica sino en como adaptarla a la nueva situación que nos está tocando vivir. La recomendación básica también debería ser, que, pese a todo esto, no se dejen de llevar a cabo proyectos como este, que nos ayudan tanto a los profesionales sanitarios como a los ciudadanos a estar preparados ante situaciones en las cuales podrian estar en juego la vida de las personas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/338 ===== ***

Nº de registro: 0338

Título
REANIMANDO SOBRARBE

Autores:
ARCAS LALIENA ALBA, PERA FERRAZ CARMEN, BAGÜES CASAS SONIA, LOPEZ CALZON PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dado el escaso conocimiento de la población en este aspecto y la importancia de formar a la gente sobre RCP en la zona y la creciente demanda que nos han hecho llegar desde centros e instituciones hemos creído pertinente realizar un proyecto, con el objetivo de formar al mayor numero de gente posible.

RESULTADOS ESPERADOS

-Máxima difusión de la reanimación cardiopulmonar en el Sobrarbe.
-Iniciar con este proyecto un taller anual de RCP en el Colegio Asunción Pañart y añadirlo a la agenda comunitaria del centro.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0338

1. TÍTULO

REANIMANDO SOBRARBE

-Intentar implantar cursos/talleres anualmente en diversas instituciones y centros de la zona.

MÉTODO

Se han concertado ya dos sesiones en el colegio Asunción Pañart de Ainsa y se ha hablado con otros colegios de la zona (Boltaña, Tierrantona, Broto) para la realización del taller. Se plantea ofertarlo a la asociación de madres, padres y alumnos (AMPA) de los colegios antes citados, así como proponerlo también a cuidadores, profesores y trabajadores en general de los centros. También hablaremos con la Residencia la Solana de Ainsa para ver si estarían interesados en el taller. Por otro lado intentaremos ponernos en contacto también con sociedades deportivas de la zona que pudieran estar interesadas (Club de fútbol, atletismo....)

INDICADORES

-Realizaremos encuestas de satisfacción una vez acabadas las sesiones (en caso del colegio, a los profesores)
-Evaluaremos el grado de participación de las instituciones y centros.
-Evaluaremos el grado de satisfacción de los activos sociales
-Evaluaremos la promoción y difusión del proyecto.

DURACIÓN

Por el momento hay dos sesiones (5 y 7 de Marzo) en el colegio Asunción Pañar de Ainsa. El resto del calendario está aún por determinar, a la espera de confirmación por parte de algunos centros y a la espera de contactar con otros. La evaluación se realizará a final de año, se realizará una reunión con el equipo para valorar el proyecto en sí y su introducción en la agenda comunitaria.

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 - 2019/1395

1. TÍTULO

¿ESTAN AFECTADAS LAS CAROTIDAS DE NUESTROS PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES?

Fecha de entrada: 12/02/2021

2. RESPONSABLE FERMIN ROMERO NEVADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BINEFAR
· Localidad BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUEVARA LOPEZ TERESA
VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE
GARCIA DINNIBIER AINA
PUEYO GARCIA ROSA
BARCO MARCELLAN SOFIA
RUBIO MARTINEZ MARI PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la entrega de la primera memoria de seguimiento el año pasado no hemos podido avanzar en el desarrollo de la misma por la situación crítica que se desarrollo con el inicio de la Pandemia Covid y la sobrecarga asistencial y cambio de las circunstancias de desarrollo de nuestra actividad con esta explosion infecciosa. El uso de la técnica ecografica en Atencion primaria para evitar contagios y diseminacion fue restringida desde nuestra direcciones motivo por el que no hemos podido progresar en el mismo.
Está en nuestro animo la continuación lo antes posible de este proyecto que a nuestro entender puede demostrar lo útil y beneficioso de esta tecnica en la recatalogación del riesgo cardiovascular de nuestros pacientes por la deteccion de lesiones silentes antes de que genere patología con grandes secuelas en los mismos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pendiente de la continuacion del desarrollo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pendiente de resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1395 ===== ***

Nº de registro: 1395

Título
¿ESTAN AFECTADAS LAS CAROTIDAS DE NUESTROS PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES?

Autores:
ROMERO NEVADO FERMIN, GUEVARA LOPEZ TERESA, VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE, RUIZ ALMENARA VALENTIN, GARCIA DINNIBIER AINA, PUEYO GARCIA ROSA, BARCO MARCELLAN SOFIA, RUBIO MARTINEZ MARI PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

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 .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad cardiovascular es la primera causa de mortalidad prematura en nuestro medio.
Existe relacion entre la afectacion vascular carotidea y la afectacion de otros segmentos vasculares por lo que teniendo un abordaje sencillo sobre este territorio gracias a la Ecografia podemos diagnosticar en fases tempranas y de forma bastante aproximada la presencia de afectación en otros segmentos no tan abordables.
La prevencion incide en que la disminucion de la enfermedad cardiovascular, reduce los eventos y por tanto las complicaciones y mortalidad bajando los costes derivados de estas y disminuyendo la perdida de productividad laboral.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1395

1. TÍTULO

¿ESTAN AFECTADAS LAS CAROTIDAS DE NUESTROS PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES?

Diferentes estudios demuestran que tratar los factores de riesgo cardiovascular reduce en un 50% la enfermedad coronaria entre otras afectaciones
Hasta la fecha no se realiza esta prueba en Atención Primaria, por lo que se podría mejorar la accesibilidad y realización gracias a la presencia de Ecografos en dichos centros intentandose detectar pacientes no diagnosticados de patologia en este territorio vascular antes de que pueda producir complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Deteccion de patologia incipiente en el territorio carotideo de cara a prevenir lesiones secundarias derivadas en pacientes que presenten enfermedades de riesgo cardiovascular como la Hipertension arterial y la Diabetes Mellitus catalogados por metodos habituales de gradacion del riesgo vascular de grado Bajo (Score, Framingan) en el ambito de Atención Primaria en 5 centros de salud del sector Barbastro donde existen ecografos : BINEFAR, MONZON, GRAUS, AINSA Y FRAGA.

Facilitar la accesibilidad de los pacientes a los que se detecten lesiones su derivacion a servicios de cirugia vascular para su valoracion contando dichos especialistas de las pruebas ecograficas realizadas desde Atención Primaria

MÉTODO

Primero se realizara en Junio formacion especifica para los medicos participantes, que ya poseen experiencia en Ecografia clinica previa y que vayan a realizar Ecografia de dicho segmento para conseguir el adiestramiento adecuado y mejorar la potencia diagnostica de los mismos realizando Curso especifico
Despues de esto se realizaran reuniones para anar criterios, extraccion del listado de los pacientes objeto de estudio en funcion de los criterios establecidos y designacion del calendario y forma de citacion de los mismos. Realizacion de una Ecografia del territorio carotideo realizando las mediciones oportunas para valorar el Grosor de intima media o la presencia de placa de ateroma al menos una vez antes de la aparicion de lesiones secundarias.

INDICADORES

Deteccion del grosor de intima media a nivel de carotida comun, bulbo, carotida interna y externa de ambos lados y la existencia o no de placa de ateroma en mismos territorios.

DURACIÓN

Se plantea el inicio de actividad formativa en Junio con un adiestramiento durante los primeros meses de puesta en marcha pasando luego a la practica en la poblacion designada en cada uno de los 5 centros de salud designados
Se plantea la finalizacion de dicha toma un año mas tarde del inicio de la actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0486

1. TÍTULO

CARRO DE PAROS

Fecha de entrada: 15/12/2020

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO GARCIA GONZALEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO BERGES RAQUEL
PUYUELO LARDIES ASUNCION
MORED MARTINEZ MARIA LUISA
ARANDA MONTERO MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Revisiones pautadas
Designación de nuevo responsable en Benasque: Vitoria Aranda Montero

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Consolidación de la dinámica de revisiones y su conocimiento por parte de los miembros del equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Necesidad de insistir en las revisiones y actualizaciones
Necesidad de un carro nuevo para el PAC de Benasque
Insistir en Dirección para reponer material IG-10, agujas de punción intraoseas
Esterilizar Fastrach, sólo tras su uso, pero no por caducidadde la esterilización para evitar el deterioro que ello genera y alargar su vida util.

7. OBSERVACIONES.
Este año, debido a la pandemia de coronavirus, no se ha podido realizar sesiones formativas en informativas sobre el Carro de paros. Se postponen para 2021 siguientes, según necesidades.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/486 ===== ***

Nº de registro: 0486

Título
CARRO DE PARADAS

Autores:
GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, ALONSO BERGES RAQUEL, PUYUELO LARDIES ASUNCION, MORET MARTINEZ MARIA LUISA, FRANCH FERRER MONTSERRAT, ALVARED NOGUERO NIEVES, PEREZ MELIZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

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

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Atencion a pacientes en situacion de urgencia vital

PROBLEMA
En nuestro centro de Salud el Carrao de Paradas no cumplia los requisitos mínimos para garantizar una atención de calidad para abordad una situacion de urgencia vital y/o parada cardiorespiratoria; motivo por el cual se solicitó y se nos ha dotado de un carro de paradas adecuado para poder afrontar las situaciones de urgencia vital que pudieran presentarse.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar la atencion del paciente con una urgencia vital
Asegurar el buen funcionamiento del C.P.
Mantener el correcto estado del material, medicación y revisiones por el personal
Fomentar el conocimiento del procedimiento Carro de Parada en todo el personal sanitario del centro y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0486

1. TÍTULO

CARRO DE PAROS

reciclaje periódico del personal

MÉTODO
Establecer contenido y dotar el C.P. del material y medicación imprescindible para cumplir su función
Organización y distribución del material y los componentes materiales del C.P.
Establecimiento de calendario de revisiones y responsables
Sesiones clínicas

INDICADORES
- Número de revisiones realizadas/numero de revisiones propuestas => 90%
- Número de sesiones formativas/año => 1

DURACIÓN
Duración: un año a partir del 6 de octubre de 2016.
Dotación de material y medicación del C.P. en un mes
Fijación del calendario de revisiones, mínimos y responsables
Sesiones clínicas formativas.

OBSERVACIONES
Dado que nuestro Centro de Salud dispone de un Punto de Atención Continuada en Benasque, que funciona las 24 horas y todos los días de la semana, hemos solicitado otro Carro de Paradas para dicho PAC, dada que las necesidades son en este sentido, las mismas que en el Centro de Salud y se encuentra a 15 km de distancia.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0177

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

Fecha de entrada: 04/12/2020

2. RESPONSABLE MARIA JESUS GARCIA BELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO BERGES RAQUEL
ESPIER LLORENS ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Debido a la situación de pandemia sanitaria que estamos viviendo, las actividades que se tenían que realizar en reuniones del EAP, se han suspendido. Las actividades relacionadas con los pacientes se han visto disminuidas al mínimo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nºde MAPAS realizados: 5 OBJETIVO=> 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estos resultados son consecuencia de la situación actual. Esperemos que podamos retomar el proyecto el año que viene.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/177 ===== ***

Nº de registro: 0177

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

Autores:
GARCIA BELLO MARIA JESUS, ALONSO BERGES RAQUEL, ESPIER LLORENS ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hipertensión arterial es un importante problema de salud pública tanto por su elevada prevalencia como por el elevado riesgo cardiovascular que conlleva, siendo el principal factor de riesgo cardiovascular modificable para un evento cardiovascular. La medida aislada de la presión arterial obtenida de forma programada o fortuita en un centro sanitario o en una oficina de farmacia puede considerarse como un punto de partida en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la HTA. No obstante al tratarse de una medición casual, aislada, realizada fuera del entorno habitual del paciente puede verse afectada por el efecto "bata blanca" al tiempo que es poco reproducible y no proporciona información durante las actividades cotidianas del paciente o durante el sueño. Estas limitaciones pueden conducir a problemas o errores en el diagnóstico, en la evaluación del perfil de riesgo del paciente, en la efectividad y adecuación de los tratamientos antihipertensivos instaurados y, en general, en la de decisiones clínicas. Por todo ello los profesionales sanitarios nos deberíamos decantar por usar dispositivos de medidas más innovadores, que permitan evitar el efecto "bata blanca", que tengan mayor reproductividad y que permitan estudiar la variabilidad de la PA y su patrón circadiano durante la actividad cotidiana del paciente, como puede ser el dispositivo de Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial "MAPA".

RESULTADOS ESPERADOS

-Mejorar el diagnóstico, tratamiento y control de los pacientes hipertensos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0177

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

- Disminuir las complicaciones cardiovasculares del paciente hipertenso.
- Mejorar la estratificación del Riesgo Cardiovascular.
- Aumentar los conocimientos sobre Hipertensión Arterial de los profesionales sanitarios.
- Fomentar el uso del MAPA entre los profesionales sanitarios, familiarizándose con su realización e interpretación.
- Aumentar la satisfacción de los usuarios y profesionales.

- MÉTODO
- Información del proyecto en reunión del E.A.P.
 - Realización de sesiones clínicas sobre HTA.
 - Solicitar MAPA-Realización de varias sesiones clínicas y talleres sobre su manejo e interpretación.
 - Solicitar Tensiometro con detector de arritmias.Sesión clínica sobre manejo y interpretación.
 - Crear agenda para la realización MAPA.
 - Programar la utilización del MAPA entre los distintos cupos.

- INDICADORES
- Nº de sesiones formativas = > 2.
 - Nº de MAPAS realizados => 10

DURACIÓN
Noviembre 2017-Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0291

1. TÍTULO

ISO-ACTUALIZACION Y REINVENTARIADO DE LA SALA DE URGENCIAS DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y P.A.C. DE BENASQUE

Fecha de entrada: 15/12/2020

2. RESPONSABLE MARIA JESUS GARCIA BELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESPIER LLORENS ROSA MARIA
GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO
MONTERDE GUERRERO MIGUEL
CASAS AGUSTENCH NURIA
SANTABARBARA PALACIO ROSA
CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hoja de volcado única para todas las revisiones con responsable y perioricidad.
Actualización registro informático.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Utilización registro de caducidades: nº de profesionales que lo han utilizado / total de profesionales 8/18= 44% objetivo => 60%.
-Seguimiento actividades : nº de incidencias registradas en el libro de mantenimiento de las salas de urgencias / total días de registro 12/365=3,2 % objetivo=<40%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Decidimos mantener el proyecto porque debido a la situación de pandemia, este año, no se han realizado reuniones del EAP, ni sesiones clínicas. Los resultados han sido pobres, no cumpliéndose los objetivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/291 ===== ***

Nº de registro: 0291

Título
ISO-ACTUALIZACION Y REINVENTARIADO DE LA SALA DE URGENCIAS DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y P.A.C. DE BENASQUE

Autores:
GARCIA BELLO MARIA JESUS, ESPIER LLORENS ROSA MARIA, GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, MONTERDE GUERRERO MIGUEL, CASAS AGUSTENCH NURIA, SANTABARBARA PALACIO ROSA, CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde la puesta en marcha de la acreditación ISO en el C.S. de Castejón de Sos, año 2010, se ha ido realizando un sistema de control de las salas de urgencias del C.S de Castejón de Sos y del P.A.C. de Benasque y un sistema de registro de caducidades en formato ACCESS. En Junio del 2018, por criterios desconocidos por nosotros, creemos que económicos, se decidió, no renovar la licencia de ACCESS, con lo que nuestro sistema de registro, se invalidó. Eso unido a la gran cantidad de cambios en el personal del centro, ha llevado a que el Sistema de Calidad de Urgencias se haya deteriorado, por lo que se hace imprescindible volver a poner en marcha el sistema.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0291

1. TÍTULO

ISO-ACTUALIZACION Y REINVENTARIADO DE LA SALA DE URGENCIAS DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y P.A.C. DE BENASQUE

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar la seguridad del paciente.
- Aumentar la seguridad de los profesionales.
- Aumentar la satisfacción de los profesionales.
- Mejorar el acceso al registro de caducidades.
- Aumentar la implicación de todos los profesionales.
- Disminuir los riesgos de ausencia de material y fármacos.
- Disminuir la probabilidad de encontrar material-fármacos caducados.
- Asegurar que las salas de urgencias se encuentren en un estado adecuado para su uso.

MÉTODO

- Crear un sistema informático para que los profesionales tengan acceso a él desde sus ordenadores.
- Inventariado de las salas de urgencias.
- Determinación de mínimos.
- Comprobación caducidades del material y fármacos existentes.
- Solicitar y reponer nueva caja para fármacos de la mochila de urgencias del.C.S. castejón de Sos.
- Actualizar los formatos ISO de urgencias.
- Sesión Clínica informando a todos los profesionales.

INDICADORES

- Utilización registro de caducidades: nº de profesionales que lo han utilizado/ total de profesionales=> 60%
- Seguimiento actividades: nº de incidencias registradas en el libro de mantenimiento de las salas de urgencias/total días de registro =<40%

DURACIÓN

Enero 2019 - Enero 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 - 2018/0316

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA

Fecha de entrada: 26/12/2020

2. RESPONSABLE MARIA PAZ NAVARRO TAUSIET
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO MIGUEL MARIA PILAR
SENAR TENA MARIA ESTER
LARDIES UTRILLA DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 3 microespacios en Radio Fraga (frecuencia 107.7 FM) en 2020. Se puede acceder a través de la página de Facebook de Radio Fraga a la descarga gratuita de los microespacios grabados con la aplicación Ivoox o directamente a través de la aplicación de Ivoox.

El contenido de los 3 microespacios:

- 1.Salud oral en niños, por David Lardies Utrilla
- 2.Salud dental, por David Lardies Utrilla
- 3.Salud oral y tabaco, por David Lardies Utrilla

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la memoria del 23/01/2020 se solicitó que se evaluara el proyecto en función de la adecuación en el número de emisiones en radio a las planificadas, en lugar de por encuesta telefónica posterior a los pacientes, por la situación de precariedad por falta de personal que se había vivido.

En 2020 se han realizado sólo 3 microespacios de los 6 que había como objetivo por la situación de pandemia por covid y la situación que ha vivido el equipo del centro de salud de Fraga.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Desde radio Fraga se realizan entrevistas puntuales a compañeros, profesionales del centro (coordinadores de enfermería y medicina, trabajo social y psicología) pero fuera del proyecto de educación para la salud, en relación a la situación de la pandemia, llamamientos a la población, campaña de vacunación de gripe, etc. Dado que ya existe una relación con el medio radiofónico de la zona y tenemos otras prioridades asistenciales, se da por finalizado este proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/316 ===== ***

Nº de registro: 0316

Título
PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA

Autores:
NAVARRO TAUSIET MARIA PAZ, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, SENAR TENA MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Inexistencia de un medio de comunicación entre comunidad y equipo de atención primaria
Utilizar la radio local como medio de difusión de programas y noticias puntuales de salud

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0316

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA

RESULTADOS ESPERADOS

Llegar a la comunidad de una manera dinámica con mensajes para la prevención de enfermedades y promoción de la salud

MÉTODO

Intervenciones en directo en la radio sobre temas de salud de corta duración por diferentes profesionales del centro de salud

Mediante spots informativos de las diferentes campañas (sol sano dieta equilibrada gripe CCR citologías)

INDICADORES

Registro de las actividades realizadas

Objetivo de 12 intervenciones al año

DURACIÓN

Intervenciones de 5'-10'

Inicio para Septiembre 2018 sin fecha límite de finalización

Evaluación semestral mediante encuesta telefónica sobre el conocimiento de la actividad realizada

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0136

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA PARA LOS USUARIOS DE ATENCION CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA A TRAVES DE PICTOGRAMAS E ILUSTRACIONES

Fecha de entrada: 14/12/2020

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES SISCART TRESANCHEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AYUDAN PEIRON BELEN
CASAS SORO SILVIA
PEREZ BENAC LUIS
PUYUELO GIMENEZ GABRIEL
SANZ SASOT CRISTINA
VIDALLET RIOS SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han utilizado pictogramas e ilustraciones procedentes de fuentes fiables tales como: organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Sanidad de España, Servicio Aragonés de Salud, otros servicios de salud estatales, etc.

Se ha utilizado como medio "la comunicación escrita" mediante carteles tamaño póster.

Los carteles:

- Son claros y expresan muy bien la idea que pretendemos.
- La imagen es lo más importante y el texto muy breve (eslogan).
- Que llame la atención, ya sea por el diseño, los colores o incluso el texto.
- Se han colocado en la salita de urgencias, se han colgado 5 temporales según la estación del año como gastroenteritis en niños, vacunación, lavado nasal, medidas físicas para el control de la temperatura, "Mi niño tiene mocos, necesita antibiótico" y 3 de permanentes: lavado de manos, Voluntades anticipadas, y recogida de muestras de orina, este último lo hemos colocado en la zona de los aseos, en la consulta de medicina se han colgado 2 (lavado nasal y medidas físicas para el control de la temperatura) y en la zona de admisión de urgencias la Gestión de tiempos en caso de una urgencia.

Cumplimiento del calendario:

El proyecto ha tenido una duración de 12 meses, por motivos técnicos después de entregar el proyecto en junio de 2019, se pudieron conseguir los posters en tamaño Dina A3 en noviembre 2019 dado que en ese momento no era viable conseguirlos en tamaño poster, por tanto el proyecto quedaría finalizado al año, coincidiendo con inicio de otoño tal y como lo hemos iniciado.

Durante el mes de marzo del 2019 se realizó la búsqueda bibliográfica, redacción del proyecto y creación del cartel temporal inicial y de los permanentes.

Se inició la colocación de los carteles en noviembre de 2019 y cada cartel se mantuvo durante 3 meses coincidiendo con el cambio de estación.

El grupo de trabajo se reunió cada quince días antes del comienzo de cada estación para la selección de los carteles temporales.

Durante el mes de diciembre se procedió a la recogida de 100 encuestas para evaluar el impacto del proyecto.

Y durante el mes de marzo se recogió las encuestas del invierno.

Se evaluó de forma continua la opinión de los usuarios acerca de los carteles mediante una encuesta de escala tipo nominal, para así obtener la opinión de los usuarios que acudieron al servicio.

A partir del mes de abril se paralizó la recogida y seguimiento de las encuestas correspondientes a las de primavera y verano por motivos de protocolo de actuación a los usuarios de atención continuada, debido a la pandemia SARS Covid-19 pudiendo recoger un total de 200 encuestas.

De todas maneras hemos ido colocado los carteles tal como teníamos planificado al inicio del proyecto.

Se han realizado carteles de carácter temporal y otros permanentes. Los temporales varían según la estación del año.

A continuación se detallan los carteles ya presentados:

TEMPORALES

Primavera:

- Tratamiento y medidas higiénicas ante picaduras de insectos predominantes en la zona.

Verano:

- Medidas de protección frente al sol y al calor.

Otoño:

- Tratamiento de la gastroenteritis aguda
- Medidas de protección en ojos frente a la entrada de objetos extraños en el campo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0136

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA PARA LOS USUARIOS DE ATENCION CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA A TRAVES DE PICTOGRAMAS E ILUSTRACIONES

Invierno:

- Lavado nasal pediátrico.
- Medias físicas antitérmicas en adultos.

PERMANENTES

- Higiene de manos.
- Tiempos de espera en urgencias según motivos de consulta.
- Voluntades Anticipadas.
- Protocolo de extracción de muestra de orina.

Indicadores y evaluación:

- Se ha pasado una encuesta de valoración tipo nominal a los pacientes que acuden al servicio de urgencias. En total han sido unas 200 encuestas, 100 en cada uno de los periodos estacionales correspondientes a otoño e invierno anteriores a la pandemia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el periodo de otoño e invierno se han pasado las 200 encuestas analizadas con el programa estadístico SPSS 19 y con las variables de sexo-edad y las 5 preguntas del anexo 1 con los siguientes resultados:

Por sexo de los encuestados un 54% son mujeres y un 46% hombres.

Los porcentajes de franjas de edad de los encuestados son 18-30 un 21%, 31-50 un 47,5%, 51-70 un 23,5% y más > 71 un 8%.

A las preguntas contestadas:

- Pregunta N° 1: ¿Le han atraído visualmente las ilustraciones/carteles?
o El 75% positivos frente a un 25% que los carteles no les había llamado la atención.
- Pregunta N° 2: ¿Los considera apropiados para la sala de espera de un servicio de urgencias?
o El 94,5% positivos frente al 5,5% que no lo consideran apropiado.
- Pregunta N° 3: El lenguaje empleado en los carteles, ¿es comprensible?
o el 93% positivos frente al 7% que consideran que el lenguaje no es comprensible.
- Pregunta N° 4: ¿Considera que lo aprendido a través de los carteles le será útil para su vida cotidiana?
o El 84,5% positivos frente al 15,5% que piensan que lo aprendido a través de los carteles no le será útil.
- Pregunta N°5: ¿Le gustaría que hubiera más carteles informativos sobre temas de salud?
o El 84,5% positivos frente a 15,5% que no desean más carteles.

Objetivo general:

- Lograr la atención de los usuarios en un 20% que acuden al servicio de atención continuada a través de métodos indirectos basados en educación sanitaria. La respuesta a la pregunta número 1 da unos resultados del 75% muy superior al objetivo general deseado.

Objetivos específicos:

- Contribuir a modificar los hábitos no saludables de la comunidad para conseguir una mejora en su estado de salud.
- Promover los autocuidados del paciente y/o familiares para la prevención de problemas de salud.

La respuesta a la pregunta número 4 que está relacionada con los objetivos específicos da un resultado de un 84,5% de positividad.

- El día 4 de diciembre de 2019 se realizó una sesión informativa para los profesionales del C.S Fraga para dar a conocer el proyecto que se lleva cabo en atención continuada. Hubo muy buena acogida por parte de todos los profesionales del centro de salud de Fraga.
- A través del blog del Centro de Salud de Fraga se ha ido publicando los diferentes temas relacionados con los pictogramas tanto permanentes como temporales según estación del año.

Recursos necesarios

Los recursos que se han utilizado:

- Ordenador
- Cartulinas
- Fotocopiadora para poder imprimir los carteles a tamaño Din A 3.
- Cinta adhesiva o paneles informativos para colgar los carteles.
- Charla al personal del equipo del Centro de Salud.
- Publicación blog del Centro de Salud de Fraga.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para concluir destacar que se ha superado el 20% del objetivo general pactado al inicio del proyecto con un resultado del 75% y de los objetivos específicos se ha alcanzado un resultado del 85%, por tanto estamos satisfechos con los objetivos logrados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0136

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA PARA LOS USUARIOS DE ATENCION CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA A TRAVES DE PICTOGRAMAS E ILUSTRACIONES

7. OBSERVACIONES.

Debido a la pandemia se tuvo que suspender la recogida de encuestas por tener que adaptarnos a los nuevos protocolos de actuación. Pero el resto del proyecto de pictogramas de ha podido realizar satisfactoriamente tanto a la hora de colgarlos en la sala de atención continuada como en el blog del Centro de Salud de Fraga. Esta pandemia nos ha hecho reflexionar de la importancia de la difusión de la información de métodos indirectos así como también la importancia de la barrera idiomática de un 26% de la población inmigrante de Fraga y comarca que habrá de tener en cuenta para poder divulgar información relevante relacionada con la salud de todos los usuarios.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/136 ===== ***

Nº de registro: 0136

Título
EDUCACION SANITARIA PARA LOS USUARIOS DE ATENCION CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA A TRAVES DEL USO DE PICTOGRAMAS E ILUSTRACIONES

Autores:
SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES, CASAS SORO SILVIA, PEREZ BENAC LUIS, SANZ SASOT CRISTINA, PUYUELO GIMENEZ GABRIEL, AYUDAN PEIRON BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El centro de salud de Fraga cuenta con 16.056 usuarios que disponen de tarjeta sanitaria según datos del 2018 del Instituto Aragonés de Estadística (IAEST). El Servicio de Atención Continuada recibe a 8.000 usuarios al año según datos del sector del 2018. Por lo tanto, se objetiva una alta demanda de los servicios por parte de la población.

Al revisar los motivos de demanda en el servicio, se observa una constante repetición de consultas por síntomas o enfermedades comunes que se podrían solventar en el domicilio al disponer de conocimientos sobre educación sanitaria y/o medidas de seguridad e higiene (ejemplo: colocación del termómetro, toma de analgésicos y/o antitérmicos, etc).

Ante esta situación, el personal de enfermería del servicio de atención continuada del centro de salud de Fraga se propone incrementar los conocimientos en lo que se refiere a educación sanitaria en los usuarios, mientras esperan en la sala de espera. Se pretende realizar de forma clara, sencilla, directa y que se pueda extrapolar a la toda la población, mediante pictogramas e ilustraciones que se colocarían en la misma sala de espera.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general
Lograr la atención de los usuarios que acuden al servicio de atención continuada a través de métodos indirectos basados en educación sanitaria.

Objetivos específicos

Contribuir a modificar los hábitos no saludables de la comunidad para conseguir una mejora en su estado de salud.
Promover los autocuidados del paciente y/o familiares para la prevención de problemas de salud.

MÉTODO

Se utilizaran pictogramas e ilustraciones procedentes de fuentes fiables tales como: organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Sanidad de España, Servicio Aragonés, otros servicios de salud estatales, etc.

Se utilizará como medio "la comunicación escrita" mediante carteles tamaño póster.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0136

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA PARA LOS USUARIOS DE ATENCION CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA A TRAVES DE PICTOGRAMAS E ILUSTRACIONES

Los carteles:

- Sea claro y exprese muy bien la idea que pretende.
- Sea claro y exprese muy bien la idea que pretende.
- Que la imagen sea lo más importante y el texto muy breve (eslogan).
- Que llame la atención, ya sea por el diseño, los colores o incluso el texto.
- Que se coloquen en un lugar visible y estratégico, tanto en el interior como en el exterior de los locales del centro.

Se realizarán carteles de carácter temporal y otros permanentes. Aquellos temporales variarían según la estación del año, ya que según la época los motivos de consulta varían. A continuación se detallan los carteles a presentar:

TEMPORALES

Primavera: Tratamiento y medidas higiénicas ante picaduras de insectos predominantes en la zona

Verano: Medidas de protección frente al sol y al calor.

Otoño: 1. Tratamiento de la gastroenteritis aguda

2. Medidas de protección en ojos frente a la entrada de objetos extraños en el campo.

Invierno: 1. Lavado nasal pediátrico.

2. Medidas física antitérmicas en adultos.

PERMANENTES

Higiene de manos.

Tiempos de espera en urgencias según motivos de consulta.

Voluntades Anticipadas.

Protocolo de extracción de muestra de orina.

INDICADORES

Se pasará una encuesta de valoración tipo nominal a los pacientes que acudan al servicio de urgencias. En total serán unas 400 encuestas, 100 en cada uno de los periodos estacionales.

Se realizará una sesión informativa para los profesionales del C.S Fraga para dar a conocer el proyecto que se llevará a cabo en atención continuada.

Se emitirá una sesión radiofónica trimestral sobre los temas a tratar.

DURACIÓN

El proyecto tendrá una duración de 12 meses, el cual dará comienzo en marzo de 2019 coincidiendo con el inicio de la primavera, y finalizará en marzo de 2020.

Durante el mes de marzo se realizará la búsqueda bibliográfica, redacción del proyecto y creación del cartel temporal inicial y de los permanentes.

Se iniciará la colocación de los carteles en abril de 2019 y cada cartel se mantendrá durante 3 meses coincidiendo con el cambio de estación. A excepción del cartel de primavera que finalizará una semana antes para poder realizar la recogida de datos, análisis de los mismos y redacción de resultados.

El grupo de trabajo se reunirá quince días antes del comienzo de cada estación para la elaboración del cartel estacional correspondiente. Además, se procederá a la recogida de encuestas para ir introduciendo datos en la base de datos.

Se evaluará de forma continua la opinión de los usuarios acerca de los carteles mediante una encuesta de escala tipo nominal, para así obtener la opinión de todos/as los usuarios que acudan al servicio.

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 - 2019/1291

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL DE LA SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA

Fecha de entrada: 30/12/2020

2. RESPONSABLE NOEMI ALEXANDRA SERRANO PELLUS
· Profesión HIGIENISTA DENTAL
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CUCALON IRACHE ELOISA
LARDIES UTRILLA DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el periodo de crisis sanitaria por covid19 comprendido entre los meses de marzo a junio, se llevaron a cabo consultas solamente de urgencias que era lo establecido. A partir de junio se retomó toda la agenda con normalidad dando todo el servicio y tratamientos a las pacientes con seguridad, aplicando todas las medidas de protección en la unidad de salud bucodental, con dotación de EPIS para odontólogo e higienista, gel hidroalcohólico, ventilación de la consulta, desinfección de superficies y sillón dental tras cada uso, intervalos en citación de agenda para evitar coincidir en sala de espera, entre otras medidas adoptadas. Hemos realizado el seguimiento durante el embarazo a mujeres embarazadas con 4 visitas pautadas: -1ª visita: Se realiza en el 1º trimestre de gestación, ésta primera visita viene derivada de consulta de matrona. En ésta visita se realiza una exploración de la cavidad oral, presencia de caries, placa dental, gingivitis y sangrado. Se dan instrucciones de higiene oral (cepillado, utilización seda dental) como prevención de la acumulación de placa y gingivitis de manera que no evolucione a periodontitis. Consejos dietéticos: se aconseja el consumo de alimentos no cariogénicos para evitar la formación de caries. Control de la gingivitis, ya que durante el embarazo es muy común debido a las hormonas la aparición de éupulis. Esta visita es preventiva y en ella se planifica los posibles tratamientos a tener que realizar (preferiblemente en 2º trimestre de embarazo ya que es el más seguro) tales como tartrectomia (limpieza bucal). También se realiza la primera aplicación de barniz de flúor (fluorización). -2ª visita: Se realiza en el 2º trimestre de gestación. Se explora la cavidad oral y se evalúa el estado actual (placa, caries, gingivitis y sangrado). Se aplica la segunda aplicación de barniz de flúor (fluorización) y se planifica una cita programada para realizar la tartrectomia (limpieza bucal). -3ª visita: Se realiza en el 3º trimestre de gestación. Se explora la cavidad oral y se evalúa el estado actual (placa, caries, gingivitis y sangrado). Se aplica la tercera aplicación de barniz de flúor (fluorización). -4ª visita: Se realiza en el postparto. Exploración de la cavidad oral y evaluación (placa, caries, gingivitis y sangrado). Se aplica la cuarta aplicación de barniz de flúor (fluorización). En ésta visita se dan consejos a las madres para la higiene oral del bebé (cómo limpiar las encías y los dientes tras las tomas de alimentos para que no queden restos que puedan provocar caries, sobre todo especial cuidado a las caries de biberón, uso inadecuado del chupete y recomendación de su retirada alrededor de los 2 años). Los recursos utilizados los tenemos en nuestra consulta de salud bucodental y se van pidiendo conforme se van necesitando en pedido normal : - Aparato de ultrasonidos con punta de trabajo para las tartrectomias. -Cepillos y pasta de profilaxis para el pulido de tartrectomias. - Aspiradores dentales para tartrectomias. - Barniz de flúor para fluorizaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado es positivo ya que se ha dado tratamiento a la población diana que ha acudido a nuestra consulta, derivadas de las consulta de matrona y ginecología. -Número de mujeres embarazadas atendidas en consulta salud bucodental (98) / Número de mujeres embarazadas vistas por matrona (226). -Número de mujeres embarazadas con aplicación de flúor (98) / Número de mujeres embarazadas vistas en consulta salud bucodental (98). -Número de mujeres embarazadas a las que se realiza tartrectomia (94) / Número de mujeres embarazadas vistas en consulta salud bucodental (98).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de la situación epidemiológica que nos ha tocado vivir, con lo que ello conlleva y una cierta inquietud, también comprensible, para acudir a los centros de salud por parte de las mujeres embarazadas sobre todo los primeros meses, estamos muy satisfechos con la labor realizada ya que dado que el embarazo es un proceso que tiene que seguir su curso, las pacientes se han sentido seguras con todas las medidas de prevención adoptadas y han acudido para realizarse los tratamientos y así nos lo han hecho saber. Creemos que la diferencia de mujeres visitadas por matrona y nuestra consulta se debe en su mayor parte a ésta situación. La mejora del proyecto es muy positiva por la cobertura dada, ya que ha mejorado la prevalencia de periodontitis que era el objetivo. Se ha insistido mucho en la prevención de higiene oral y esto ha sido fundamental para obtener los resultados alcanzados ya que es la base para que cualquier tratamiento funcione.

7. OBSERVACIONES.

La unidad de salud bucodental de C.S Fraga desde el inicio de éste proyecto ha contado con dos odontólogos en el tiempo, componentes del equipo de mejora:
Dra. Eloisa Cucalón Irache desde Enero hasta Agosto de 2019.
Dr. David Lardiés Utrilla desde Septiembre 2019 hasta final proyecto en Diciembre de 2020.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1291 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1291

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL DE LA SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA

Nº de registro: 1291

Título
MEJORA ASISTENCIAL DE LA SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA.

Autores:
SERRANO PELLUS NOEMI ALEXANDRA, CUCALON IRACHE ELOISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la Unidad de salud bucodental de Fraga estamos atendiendo a embarazadas en distintas etapas del embarazo, con un alto índice de patología bucodental, principalmente enfermedad periodontal y caries. A pesar de ser una prestación incluida en atención primaria, no se está llevando a cabo en nuestro centro de salud de Fraga, por lo que vemos la necesidad de establecer una prevención en la preconcepción y durante el embarazo. Acuden a consulta cuando ya es evidente que existe algún problema (gingivitis, dolor dental...) sin ser conscientes de que una revisión previa y cuidados dentales son imprescindibles para la embarazada y su bebé. Está demostrado que la periodontitis en la madre está asociada con el aumento del riesgo de parto pre término, bajo peso al nacer y restricciones de crecimiento intrauterino. Es por ello, que la captación de éstas pacientes a través de las consultas de: matrona, enfermería, médicos de familia, pediatría y unidad de salud bucodental se hace imprescindible.

RESULTADOS ESPERADOS

-Concienciar a la embarazada de la importancia de realizar revisiones periódicas para la prevención y cuidados de salud bucodental de ellas como para el bebé.
-Detectar la enfermedad periodontal en sus primeros estadios (gingivitis), para tratarla mediante tartrectomía.
-Incluir el tratamiento de tartrectomía (limpieza bucal), en el servicio de atención ampliando así la cobertura.
-Disminuir la incidencia de patología bucodental durante el embarazo, principalmente enfermedad periodontal y caries.

MÉTODO

-Conocer el estado de salud bucodental y necesidades de tratamiento de las embarazadas.
-Realizar exploraciones y poner en marcha protocolo de medidas preventivas de la cavidad bucal en la preconcepción y a mujeres embarazadas.
-Realizar tartrectomías en nuestra unidad de salud bucodental como primera medida para evitar las posibles complicaciones que la enfermedad periodontal puede llegar a producir según va avanzando el embarazo.
-Educación en higiene oral: instrucciones de cepillado, utilización de cinta o seda dental, importancia de la no acumulación de placa bacteriana.
-Aplicación de flúor tópico en cubeta de gel y barnices.
-Consejos dietéticos: alimentos cariogénicos y alimentos saludables.
-Durante el embarazo se realizarán tres visitas, una en cada trimestre y se valorará en cada consulta: fluorizaciones, exploración oral (placa o tártaro, gingivitis, enfermedad periodontal, caries) y su posterior tratamiento cuando así lo requiera, preferiblemente en el 2º trimestre del embarazo, ya que es el considerado más seguro.
-Valorar la prevalencia del tratamiento periodontal después del parto, entre el 1º y 3º mes post parto, se hará una revisión odontológica, así como instruir a la madre en la educación oral del bebé (como limpiar las encías, explicar las caries de biberón, y el uso inadecuado del chupete).

INDICADORES

Los indicadores que se van a utilizar serán:
-Número de mujeres embarazadas atendidas en unidad de salud bucodental/ Número de embarazadas gestionadas por matrona.
-Número de embarazadas con aplicación de flúor tópico/ Número de embarazadas vistas en unidad de salud bucodental.
-Número de embarazadas a las que se realiza tartrectomía/ Número de embarazadas vistas en unidad de salud bucodental.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1291

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL DE LA SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA

La fecha de inicio sería inmediato, llevándolo a cabo en 2019 y la intención es que continúe sin interrupción.

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 - 2019/0701

1. TÍTULO

ELABORACION DEL PLAN DE INTERVENCION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Fecha de entrada: 12/01/2021

2. RESPONSABLE MARIA GRACIA MARCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LAFORTUNADA
· Localidad LAFORTUNADA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENEZ DE MARCO BEATRIZ
LEGIDO CHAMARRO EVA
BERNUES SANZ GUILLERMO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Durante el año 2020 nuestras actuaciones han estado condicionadas por la situacion de pandemia del COVID 19.Lo cual ha modificado el cronograma de las actividades programadas.
- Actualizamos la captacion de Pacientes Cronico Complejos mediante la valoracion de criterios en la poblacion diana, a traves de listados de poblacion por edad de cada cupo.
- La cumplimentacion del PI se va implementando, con el objetivo de ampliar la normalizacion del registro de dicho PI.
- La comunicacion del proyecto al EAP en sesiones clinicas, se ha visto sesgada por la suspension de las reuniones de varias profesionales en un espacio reducido, asi q la informacion se ha trasmitido con caracter personal a los diferentes integrantes del EAP.
- El paciente y cuidadores son conocedores del proyecto, por nuestra informacion oral, de la elaboracion consensuada del PI para dicho paciente.
- La periodicidad en la revision de los casos clinicos del PCC con PI la ha definido la asistencia a demanda de ese paciente en la atencion continuada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Respecto al resultado planteado alcanzar en las INTERCONSULTAS a la UNIDAD CRONICO COMPLEJO, no ha sido posible realizar dichas IC, por la disolucion del servicio UCC por necesidades hospitalarias en la asistencia a la COVID19.
-Si hemos aumentado considerablemente los PCC con registro de su PI, superando el standar planteado del 70%. Utilizando como fuente de datos los registros de OMI y como metodologia revision de todos los PCC con un registro en PI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora esta satisfecho en los resultados alcanzados dada la situacion sanitaria de pandemia en la que nos hemos visto y nos vemos inmersos, la cual prioriza y condiciona nuestras actuaciones sanitarias por el bien de la poblacion. Aún asi hemos mantenido una atencion y seguimiento de los PCC segun las recomendaciones de las autoridades sanitarias a traves de la comunicacion telefonica, telematica, y presencial si asi lo requieran. Siendo de gran utilidad disponer de registros como el PI para la guía clínica. Consideramos la importancia de la sostenibilidad del proyecto para trabajar en los aspectos pendientes como la normalizacion en los registros del PI y el seguimiento sistematico mensual de los casos clinicos pertinentes en sesiones clinicas del EAP.

7. OBSERVACIONES.

La normalizacion en el registro del PI constara de:
-Objetivos terapeuticos
- Plan de cuidados y autocuidados
-Seguimiento programado
-Signos-sintomas de alarma de descompensacion/ actuacion inmediata
-Intervenciones sociales/ atencion especializada
-Nivel de aceptacion por parte de paciente y familiares

Los acronimos utilizados responden a:

PCC: paciente cronico complejo

PI :plan de intervencion

*** ===== Resumen del proyecto 2019/701 ===== ***

Nº de registro: 0701

Título

ELABORACION DEL PLAN DE INTERVENCION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0701

1. TÍTULO

ELABORACION DEL PLAN DE INTERVENCION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Autores:

GRACIA MARCO MARIA, GIMENEZ DE MARCO BEATRIZ, ABRIL ESCO MARIA REYES, LEGIDO CHAMARRO EVA, LARDIES BESCOS PATRICIA, BERNUES SANZ GUILLERMO, SARASA AQUILUE SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAFORTUNADA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Crónica compleja bio-psico-social
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Con el fin de ofrecer la máxima accesibilidad a los pacientes y sus cuidadores al EAP, para minimizar sus descompensaciones y eventos adversos, mejorando la calidad de vida. Se pretende ofrecer una atención individualizada, continuada y multidisciplinar al paciente crónico complejo. Desde la implantación de este programa estamos trabajando con la incorporación de nuevas herramientas que debemos implementar a nuestra metodología asistencial. Detectamos como Pto Crítico relevante la falta de sistemática e infrautilización del protocolo del plan de intervención de OMI en el PCC

RESULTADOS ESPERADOS

- OBJETIVO GRAL: Elaborar y actualizar el PLAN DE INTERVENCION del paciente crónico complejo
- OBJETIVOS ESPECIFICOS: establecer, consensuar y priorizar las diferentes intervenciones a seguir en el tto y seguimiento del PCC

MÉTODO

- Cada miniequipo (medic-enfer) definirá la población diana de PCC de su cupo, siguiendo las diferentes herramientas de captación. Siendo este un proceso dinámico en el tiempo.
- Al finalizar la valoración y estratificación del PCC, se elaborará de forma conjunta y consensuada (EAP, paciente-familia, hospital, servicios sociales..) el plan de intervención (PI)
- El PI constará de: objetivos terapéuticos, plan de cuidados, definición de signos-síntomas de alarma de descompensación de la enfermedad, primeras actuaciones ante los signos de alarma, recomendaciones de autocuidado, seguimientos necesarios, intervenciones sociales, aceptación del nivel de intervención por parte del paciente o/y su cuidador.
- Sistematizar el registro en la HCE tras cada revisión clínica que suponga una modificación del PI
- La revisión del PI se realizará ante cambios en su estado de salud o en la situación sociofamiliar o tras el alta hospitalaria.
- Se realizará dos sesiones formativas de equipo, donde se expondrá la metodología a seguir. Continuaremos con una sesión clínica mensual de revisión de casos de PCC donde participe Atención Continuada. En la reunión semanal del EAP se hará referencia a la revisión de los casos PCC q así lo requieran.

INDICADORES

INDICADOR I: nº PCC con plan de intervención elaborado en AP/ nº PCC incluidos en programa x100
STANDAR: EL 70% de PCC tendrá un PI elaborado
INDICADOR II: nº de interconsultas a la UCC resueltas no presencialmente/nºtotal de interconsultas a la UCC x100
STANDAR: El 50% IC a UCC se resolverán de manera no presencial
Fte datos: OMI, HCE

DURACIÓN

- INICIO : Abril 2019, seguimiento continuo.

CRONOGRAMA:

ABRIL realizaremos dos sesiones formativas: captación PCC

MAYO sesión formativa I elaboración PI

JUNIO sesión formativa II elaboración PI

JULIO sesión clínica elaboración- revisión casos PCC con AContinuada

SEPTIEMBRE muestreo nºPCC con PI

OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE sesión clínica revisión casos PCC con PI. Recoger incidencias detectadas en el proceso.

EVALUACION

- Evaluación trimestral de nºcasos PCC con PI elaborado, mediante muestreo. Comunicación al EAP de los resultados.
- Evaluación a 31/12 /19 del % PCC con PI elaborado

OBSERVACIONES

Es un diseño q hemos creado para uso interno en nuestro CS según las directrices de las líneas estratégicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0701

1. TÍTULO

ELABORACION DEL PLAN DE INTERVENCION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

del SALUD

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1443

1. TÍTULO

GRUPO DE CRIANZA EN EL CENTRO DE SALUD DE MONZON

Fecha de entrada: 22/12/2020

2. RESPONSABLE ROCIO LAMARCA GAY
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON URBANO
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALLUE BLANCO MARIA
ARA USIETO MARISOL
JAVIERRE MIRANDA ELENA
LAPEÑA LLERA ANA ISABEL
LOPE DALMAU ISABEL
RIVAS CALVETE MARTA
VELASCO MANRIQUE MARTA VEGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019 comenzamos con el taller del proyecto. Iniciamos la captación de pacientes en diciembre de 2018 mediante carteles en el centro de salud y se comenzó a recomendar desde la consulta de la matrona y por el equipo de pediatría. Además, se publicó en las redes sociales del centro de salud y contactamos con el hospital para que supieran que comenzábamos con el proyecto y pudieran recomendarlo a las madres en el momento del puerperio inmediato.
Comenzamos con las sesiones del taller de lactancia el 30 de enero, con una periodicidad semanal y una duración de hora y media. Debido a la pandemia, pudimos realizar 6 sesiones, la última el 5/03/20.
A dicho taller asistía una pediatra (de forma rotativa), una matrona y en ocasiones, una enfermera de pediatría. Nos dio tiempo a tratar los siguientes contenidos:
30/01/20 Importancia de la lactancia materna durante los 6 meses de vida.
6/02/20 Cómo favorecer un buen agarre al pecho. Posición correcta y variaciones.
13/02/20 Contacto piel con piel y el instinto del bebé. Cómo identificar las señales de hambre.
20/02/20 Recursos de lactancia en internet.
27/02/20 Técnicas de extracción de leche materna.
5/03/20 Conservación de la leche materna.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La asistencia a los talleres fue de 6-7 madres/padres por taller. La mayoría de ellos acudían a los siguientes talleres programados. La acogida fue muy buena. Las asistentes sintieron que se paralizara la actividad porque creían que había sido de gran utilidad y apoyo para ellas.
Se creó un grupo de whatsapp de las asistentes, que se mantuvo durante la pandemia y suponía un apoyo y refuerzo ante dudas.
Pasamos una encuesta inicial el primer día de asistencia de cada madre, en ella destacamos que de 9 encuestas, 7 consideraban que el taller era muy útil y 2 bastante útil. Proponían temas a tratar que inicialmente no habíamos incluido en el taller.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La experiencia fue muy positiva para los profesionales y las familias. Ayuda a establecer una relación de confianza entre las familias y el equipo.
Consideramos que es una actividad comunitaria muy interesante para apoyar y mejorar la crianza y promover la lactancia materna.
En cuanto la situación de la pandemia lo permita, queremos reiniciar estos talleres.

7. OBSERVACIONES.

El 28 de febrero de 2020 asistimos algunos miembros del equipo en representación a la Jornada de Entrega de Diplomas en el Ministerio de Sanidad tras haber obtenido la acreditación de la fase 1D del Programa IHAN.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1443 ===== ***

Nº de registro: 1443

Título
GRUPO DE CRIANZA EN EL CENTRO DE SALUD DE MONZON

Autores:
LAMARCA GAY ROCIO, ALLUE BLANCO MARIA, ARA USIETO MARISOL, JAVIERRE MIRANDA ELENA, LOPE DALMAU ISABEL, RIVAS CALVETE MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON URBANO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1443

1. TÍTULO

GRUPO DE CRIANZA EN EL CENTRO DE SALUD DE MONZON

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Sin patología, madres y padres de recién nacidos
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la sociedad actual, es frecuente que los padres no tengan ninguna experiencia en el cuidado de un recién nacido o lactante pequeño, y cuando son padres por primera vez, se sienten desbordados. Durante los primeros meses tras el nacimiento de un bebé, las familias tienen numerosas dudas en relación al cuidado del bebé, su alimentación (en especial, la lactancia materna), el desarrollo psicomotor, el manejo de la patología banal... Por ello, las consultas de pediatría suelen estar saturadas de consultas de este tipo.

Un objetivo prioritario de las consultas de pediatría suele ser tratar de devolver la autonomía en el cuidado del bebé a las personas que les corresponde, es decir, a sus padres. También desde las consultas de pediatría y obstetricia promovimos la lactancia materna, tratando de mejorar el número de mujeres que consiguen una lactancia materna exclusiva.

La educación grupal, además de solucionar este tipo de dudas y dar mayor seguridad a las familias al aumentar los conocimientos en puericultura, tiene un papel muy importante al juntar personas con la misma situación personal, lo que permite que se sientan comprendidas y que muchas veces, puedan aportar solución a las cuestiones que plantean otras personas del grupo.

En el centro de salud existe un grupo de educación maternal prenatal, de esta manera conseguiremos dar continuación al trabajo realizado por las matronas una vez que ha nacido el bebé.

RESULTADOS ESPERADOS

Conseguir que los padres ganen en seguridad y autonomía en el cuidado de sus hijos, mediante la adquisición de conocimientos y la puesta en común de soluciones a los problemas derivados de la crianza
Potenciar la auto-estima de las madres y los padres al sentirse más seguros en los cuidados.

MÉTODO

- El grupo contará con los profesionales del equipo de atención primaria del Centro de Salud de Monzón, coordinados desde el equipo de pediatría.
- Se realizará en la sala que disponemos para la educación preparto.
- Formación de los profesionales en el área a tratar.
- Se ofrecerá la actividad a las familias en las visitas al equipo de pediatría. En esta primera toma de contacto, se le ofrecerá un programa con el calendario previsto de las sesiones.
- Será un grupo abierto, donde las madres y padres puedan ir viniendo según intereses y posibilidad de acudir. Se potenciará que las familias acudan con los bebés.
- Un día a la semana, se realizará el taller de educación grupal, que será dirigido por los distintos profesionales que integran la atención a la madre y al recién nacido, según el tema que se trate ese día.

INDICADORES

- Registro de familias que acuden al programa.
- Cuestionario de satisfacción al finalizar los talleres.

DURACIÓN

- Creación del grupo de trabajo en abril 2019.
 - Formación de los profesionales y elaboración de las charlas/talleres en julio-agosto 2019.
- Un posible calendario de sesiones (pendiente de consensuar y preparar por todo el equipo), flexible también según los intereses de los/as asistentes, sería:
- Cuidados del recién nacido
Lactancia materna
Desarrollo psicomotor en el bebé y estimulación precoz
Sueño infantil
Vínculo afectivo o apego
Alimentación complementaria
Patología frecuente en pediatría: fiebre, catarros, diarrea.
Vacunación infantil.
- Elaboración de los cuestionarios en septiembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1443

1. TÍTULO

GRUPO DE CRIANZA EN EL CENTRO DE SALUD DE MONZON

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 - 2018/0552

1. TÍTULO

DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

Fecha de entrada: 10/12/2020

2. RESPONSABLE ELENA CAMARA ABON
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MOTIS MONTES GABRIEL
JANER SUBIAS ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Mayo de 2018 se informó del proyecto arealizar al equipo de nuestro centro de salud, y nos pusimos en contacto con el colegio San Miguel de Tamarite de Litera. Contactamos con SARES donde nos informaron de distintas estrategias para realizar los talleres.

En Junio de 2018 elaboramos la encuesta alimentaria. Programamos conjuntamente con el colegio la primera reunión ya comenzado el curso escolar 2018-2019.

En Noviembre de 2018 acudieron los alumnos de 2º de primaria al centro de salud donde realizamos un taller de promoción de la salud y alimentación saludable, con actividades para los niños donde dimos a conocer también la actividad que realizamos diariamente en el centro de salud.

En marzo 2019, se realizó la encuesta alimentaria para pasar a los alumnos de 2º y 3º Primaria donde se refleja su edad, la comida y bebida que llevan al colegio como parte de su desayuno, y en qué consistía el desayuno de su casa.

Dados los cambios de personal en el centro de salud durante el 2019 y la pandemia actual que estamos viviendo este 2020, seguimos pendientes de la programación junto con el colegio de los siguientes talleres: 1) grupos de alimentos y dieta equilibrada, y 2) preparando un desayuno saludable.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No ha habido cambios respecto al año anterior, que se enumeran a continuación:

-Nª niños de 2º primaria que acuden a la sesión en el centro de salud / número total de niños de 2º primaria (95%): acudieron el 100% de los niños a la primera sesión.

Proyecto en desarrollo, pendiente de valorar el resto de indicadores:

-Nº niños de 2º y 3º de primaria que siguen un almuerzo saludable al inicio de los talleres / Nº total de niños de 2º y 3º primaria que acuden a los talleres (50%).

- Nº niños de 2º y 3º de primaria que siguen un almuerzo saludable tras los talleres / Nº total de niños de 2º y 3º primaria que acuden a los talleres (70 %).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El taller realizado en el centro de salud tuvo muy buena acogida por parte del colegio y de los niños. La encuesta alimentaria es fácil de rellenar por los propios niños. Los niños son muy receptivos a la información que podemos aportar desde el sistema sanitario, por lo que nos parece interesante poder terminar este proyecto con buenos resultados y a raíz de éste elaborar nuevas estrategias de educación sanitaria en esta población diana.

Dada la situación actual de la pandemia COVID 19, estamos valorando el desarrollo de las actividades de forma no presencial a través de plataformas online y en colaboración con el profesorado (previamente instruido) para el desarrollo de la parte práctica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/552 ===== ***

Nº de registro: 0552

Título
DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

Autores:
CAMARA ABON ELENA, MOTIS MONTES GABRIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0552

1. TÍTULO

DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En esta época de aceleración y prisas, en ocasiones los niños van al colegio con un mínimo desayuno, que en ocasiones es escaso o no adecuado. Además, los alimentos que toman en almuerzo, a menudo distan de ser saludables. Por otro lado, una dieta equilibrada y sana, es primordial para asegurar un aporte adecuado de nutrientes en este periodo de desarrollo, crecimiento y aprendizaje. En las revisiones del niño sano de los nueve años, con bastante frecuencia apreciamos un desequilibrio nutricional por exceso no presente en la revisión anterior (6 años). Este aumento del IMC del niño, podría ser debido a la falta de buenos hábitos alimentarios. A partir de este proyecto, se pretende en primer lugar objetivar y posteriormente mejorar la adecuación de los hábitos alimentarios en los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera, edad en la que ellos mismos poseen capacidad de decisión, aprendizaje e instauración de correctos hábitos higiénico dietéticos. Se hará hincapié en potenciar un desayuno saludable.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Conocer los hábitos dietéticos de los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera.
- 2.- Orientar sobre la mejor forma de alimentarse e informar sobre las repercusiones que una alimentación de baja calidad puede suponer en el rendimiento escolar y en el mantenimiento de la salud.
- 3.- Mejorar los hábitos alimentarios en el desayuno-almuerzo de los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera.

MÉTODO

Al inicio del proyecto, se realizará una sesión informativa sobre del Proyecto a todos los miembros del centro de salud. Mediante una encuesta, se recogerá información sobre los hábitos alimentarios de los niños de Tamarite de Litera que cursan 2º y 3º de Primaria, focalizándose en el desayuno-almuerzo. La misma encuesta, reflejará los alimentos que los niños han portado ese día a las aulas como almuerzo. Posteriormente, y en colaboración con el colegio, se realizarán diferentes talleres sobre dieta sana en los que los niños aprenderán a través del juego, sobre los alimentos saludables, los que no lo son, así como a elaborar sus propios menús de desayunos saludables. Finalizados los talleres, se realizará de nuevo la encuesta inicial para comparación de resultados.

INDICADORES

Numerador: nº de niños de 2º y 3º de Primaria del colegio de Tamarite que acuden a los talleres.
Denominador: número total de niños de 2º y 3º de Primaria del colegio de Tamarite.
El estándar que se espera alcanzar es: > 95%

Numerador: niños de 2º y 3º de Primaria que siguen un almuerzo saludable al finalizar los talleres.
Denominador: número total de niños de 2º y 3º de Primaria que acuden a los talleres
El estándar que se espera alcanzar es: incremento de 20% respecto al resultado de la primera encuesta.

Con estos indicadores valoraremos el porcentaje de éxito obtenido con los talleres.

DURACIÓN

Mayo de 2018:
Sesión informativa del Proyecto al personal del centro de salud y al colegio de Tamarite.
Elaboración de la encuesta alimentaria.
Elaboración de panfletos/pegatinas.
Contacto con SARES para solicitar préstamo de material para los talleres.
Junio de 2018:
Encuesta alimentaria a los niños.
Taller 1.- Grupos de alimentos y dieta equilibrada.
Reparto de panfletos/pegatinas.
Octubre de 2018:
Taller 2.- Preparando un desayuno saludable.
Diciembre de 2018:
Encuesta alimentaria a los niños.
Enero de 2019:
Sesión informativa/formativa a los padres y AMPA con principales resultados encontrados. Refuerzo positivo.
Presentación de resultados a los compañeros del centro de salud.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0552

1. TÍTULO

DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

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 - 2019/0016

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 23/12/2020

2. RESPONSABLE ANA TERESA MONCLUS MURO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PUEYO ENRIQUE CONCEPCION
ALBAS MARTINEZ MARIA PILAR
BERNUES SANZ GUILLERMO
COLON LIRIANO LEONARDO VLADIMIR
FORNIES LACOSTA PILAR
VIDALLER BORRAS JUAN MANUEL
NOGUERO CARRERA ADORACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Analizada la terminología que envuelve el objeto del Proyecto, éste pasó a llamarse Gestión de la Demanda Inmediata (GDI) en Atención Primaria. Desde enero hasta el inicio de la pandemia SARS-CoV2 se realizaron un total de tres reuniones presenciales de 2h de duración, según consta en las actas. En estas reuniones se presentaron nuevas propuestas para el cambio de la plantilla de OMI-AP y se establecieron diferentes pautas para el registro en OMI-AP y utilización de los Actos en las diferentes agendas involucradas. Se planteó trabajar los circuitos de GDI para la gripe/resfriado, odinofagia y odontalgia. Por otro lado, para el Plan de Formación del SALUD propusimos la realización de cursos en GDI dirigido a todos los profesionales de enfermería implicados. Nuevamente, con motivo de la pandemia, esta actividad no ha sido desarrollada. Los componentes del equipo de mejora, los EIR y las tres enfermeras referentes de las consultas de GDI, mantuvieron comunicación y trabajo continuo mediante uso de TICs hasta el inicio de la pandemia. Tras la implantación de la Consulta de GDI en los centros de salud con mayor demora y demanda asistencial: Barbastro (marzo 2019), Fraga y Monzón Urbano (octubre 2019), se unió a este modelo el Centro de salud de Binéfar (mayo de 2020). Por otro lado, debido a la modificación estructural y del funcionamiento de los centros de salud, el de Monzón Urbano no pudo continuar con la actividad de GDI. Por el mismo motivo, el CS de Barbastro cesó su actividad desde el 16 de marzo hasta el 25 de mayo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha establecido un protocolo de atención para la gestión de la demanda: si Se ha implantado la consulta de la GDI: Si, en Barbastro, Monzón, Fraga y Binéfar. Se ha realizado la formación pertinente: se solicitó la formación en la encuesta previa al Plan de Formación del SALUD 2020. Se expuso el circuito para la GDI, así como los avances en el proyecto durante las Comisiones Técnico Asistenciales (CTA) del Sector. Se llevaron a cabo sesiones clínicas informativas en los centros que así lo solicitaron. Se está trabajando en la modificación del protocolo de OMI-AP "Gestión de la demanda por enfermería", para ser extensivo a todo el circuito de GDI. En todo el año 2020 las enfermeras de GDI han atendido 15267 consultas (41% en Barbastro, 27% en Fraga, 23% en Binéfar y 10% en Monzón Urbano). Fuente de datos: Intranet Sector Barbastro. Tras el análisis de los datos, se objetivó que no existieron diferencias significativas en cuanto al sexo de los pacientes atendidos ($p=0,38$). El grupo de edad que más acudió a la consulta fue el de 35 a 50 años (30%), seguido del de 51 a 65 años (21%). Por motivos de consulta, los problemas relacionados con el aparato respiratorio (26%) fueron los más prevalentes seguido de los problemas de solución administrativa (21,7%) y de los relacionados con el aparato locomotor (11,30%). Respecto a la resolución de la consulta, el 13% de catalogadas como demandas urgentes fueron resueltas en la consulta de GDI, el 74,2% se derivaron a la consulta de medicina en el mismo día tras la valoración completa, a un 10,6% se les citó con su médico de familia otro día, un 1,7% fueron derivados a odontología y un 0,5% a la matrona.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Actualmente, todos los centros asistenciales con alta demanda, tiene implantada la GDI. De forma tácita, se puede afirmar que la satisfacción general de los profesionales con la consulta de la GDI sigue siendo alta, aunque está pendiente realizar encuesta dirigida a profesionales y usuarios. El trabajo realizado por el grupo que integra este proyecto podría ser trasladado como una oportunidad de mejora para otros sectores sanitarios.

Queda pendiente la incorporación de nuevos protocolos en el Procedimiento Operativo, así como su aprobación definitiva. Es indispensable la formación en atención de enfermería a los procesos banales y autolimitados. Pendiente incluir en el plan de Formación del SALUD.

El estado de pandemia ha impedido trabajar todos los objetivos propuestos para 2020, así como la explotación de datos más consistentes. Por este motivo nos gustaría dar por finalizado el proyecto, dejando abierta la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0016

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA EN ATENCION PRIMARIA

posibilidad de iniciar otro para finalizar los objetivos pendientes e incorporar algunos nuevos, así como acciones de mejora tras este periodo de implantación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/16 ===== ***

Nº de registro: 0016

Título
GESTION DE LA DEMANDA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
MONCLUS MURO ANA TERESA, PUEYO ENRIQUE CONCEPCION, ALBAS MARTINEZ MARIA PILAR, BERNUES SANZ GUILLERMO, COLON LIRIANO LEONARDO VLADIMIR, FORNIES LACOSTA PILAR, VIDALLER BORRAS JUAN MANUEL, NOGUERO CARRERA ADORACION

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP BARBASTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La última encuesta de satisfacción de usuarios del Sistema de Salud de Aragón, muestra como los indicadores más desfavorables respecto a Atención Primaria (AP) del Sector Barbastro son los relacionados con la facilidad para conseguir cita, la posibilidad de escoger día y hora y el tiempo de espera. Por otro lado, cada vez es más palpable la autopercepción de ayuda inmediata para solucionar los problemas de salud sin discriminación del carácter urgente de esta necesidad; este hecho aboca, entre las consecuencias, en una mayor presión sobre los profesionales.
Otro hecho a tener en cuenta es que hoy en día la práctica totalidad de la demanda se encauza a la consulta médica.
La revisión sistemática llevada a cabo por Mármol-López, muestra evidencias de cómo las enfermeras de AP son los profesionales referentes que deben liderar las intervenciones durante todos los procesos de la vida del paciente y su familia, promoviendo la autonomía necesaria para una gestión adecuada de sus necesidades de autocuidado y de su enfermedad.
AP constituye la puerta de entrada al sistema sanitario, y atendiendo a la cartera de servicios, se hace necesario un análisis del actual rol de enfermería, en el que la gestión de la demanda indomable sea un pilar esencial. La participación activa de todos los profesionales del EAP en este proyecto, resulta imprescindible para asegurar una atención sanitaria en el nivel correcto para el problema de salud presentado.
La aplicación de la gestión de la demanda ha demostrado presentar una alta resolución de las necesidades de los usuarios, aportando, a su vez, un porcentaje elevado de consejos de salud y de educación sanitaria.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Elaborar estrategias que permitan una atención integral al paciente, la familia y la comunidad, elaborando un sistema de flujo de la demanda que garantice la calidad asistencial.
2. Diseñar e implementar un protocolo para la gestión de la demanda asistencial en atención primaria.
3. Visibilizar la competencia de la enfermera familiar y comunitaria en la resolución de la demanda espontánea.
4. Aumentar la satisfacción del paciente en relación a la accesibilidad asistencial.

MÉTODO
Se constituirá un grupo de trabajo multidisciplinar formado por médicos y enfermeros de AP con desarrollo profesional en atención ordinaria(AO) y continuada(AC) que desarrollan su actividad en centros de difícil cobertura y/o alta presión asistencial.
Se realizarán reuniones presenciales mensuales, y trabajo activo mediante el uso de herramientas electrónicas.
Se tendrá en cuenta la bibliografía reciente y otros procedimientos desarrollados en otros servicios de salud.
Se crearán nuevos registros en OMI-AP que permitan dar respuesta a los indicadores.
Se diseñarán encuestas de satisfacción destinadas a pacientes y profesionales implicados en la atención.
Finalizado el protocolo, se realizará en cada EAP seleccionado, las actividades formativas pertinentes.
Se evaluarán los resultados mediante los indicadores pertinentes (explotados a partir de OMI-AP y SIAP) y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0016

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA EN ATENCION PRIMARIA

encuestas de satisfacción a trabajadores y usuarios.

INDICADORES

1.- Se ha establecido un protocolo de atención para gestión de la demanda

Estándar: Si/NO

2.- nº de centros de salud en los que se han impartido sesiones clínicas para la implementación del protocolo

Estándar: > 5/15

3.- nº centros en los que se ha implementado el protocolo/nº de centros que han recibido formación para la implantación del protocolo X 100

Estándar: >80%

4.- nº de pacientes que acuden a urgencias en horario de AC valorados por enfermería/nº pacientes que acuden a urgencias en horario de AC x 100

Estándar: 70-80%

5.- nº de pacientes que acuden a urgencias en horario de AC y cuyo problema es resultado por enfermería/ nº de pacientes que acuden a urgencias en horario de AC valorados por enfermería

Estándar: 20-30%

6.- nº de pacientes que solicitan demanda inmediata en horario ordinario valorados por enfermería/nº pacientes que solicitan demanda inmediata en horario ordinario x 100

Estándar: 70-80%

7.- nº de pacientes cuya solicitud de demanda inmediata en horario ordinario es solucionada por enfermería/nº

pacientes que solicitan demanda inmediata en horario ordinario y que son valorados por enfermería x 100

Estándar: 20-30%

8.- Porcentaje de pacientes con alto grado de satisfacción en relación a la demanda asistencial.

Estándar: 80%

9.- Porcentaje de profesionales implicados en el proyecto con alto grado de satisfacción en relación a la gestión de la demanda asistencial.

Estándar: 80%

DURACIÓN

Cronograma general:

- ene-abr: constitución del grupo. Reparto tareas. Desarrollo del protocolo.

- may-jun: formación e implementación del protocolo (1ª fase)

- jul: elaboración de las encuestas de satisfacción

- sep-dic: análisis y difusión de resultados

- 2020 (2ª fase)

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 - 2019/0006

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE ANTIDIABETICOS NO INSULINICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

Fecha de entrada: 23/12/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE BUISAN GIRAL
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO JOSE
YUSTE ARA ALFREDO
CHARLEZ ARROYOS MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se presenta el proyecto en la comisión técnico asistencial del 14 de noviembre de 2019 del Sector y se resuelven las cuestiones, dudas, etc de los coordinadores médicos y de enfermería de los EAP.

En marzo 2019, se hace la primera extracción de datos de los pacientes con prescripciones activas de antidiabéticos no insulínicos:

- BDU: características o variables sociodemográficas (CIAS, EAP, edad y sexo).
- Módulo de historia farmacoterapéutica electrónica: código principio activo, nombre principio activo, fecha inicio tratamiento, fecha fin tratamiento, dosis, posología, código nacional, nombre comercial del medicamento, código CIAP y diagnóstico asociado a cada tratamiento.
- Nomenclator: DDD principio activo, dosis, unidad dosis, unidades por envase.
- Cuadro de mandos de Farmacia y OMI AP: filtrado glomerular de los últimos doce meses (marzo 2018 - febrero 2019), fecha, valor filtrado glomerular, unidades, y casilla vacía en aquellos pacientes que no dispongan del dato (fecha y/o valor).

Se obtienen datos de 6281 diabéticos en tratamiento con antidiabéticos no insulínicos. De 1361 pacientes no disponemos del dato de filtrado glomerular en OMI-AP. Se solicita al servicio de informática una extracción del dato en Modulab®. Finalmente quedan 623 pacientes que no tienen el dato ni en OMI ni en HCE.

En octubre de 2019, se envía a los médicos de los 623 pacientes una nota para que soliciten a lo largo del último trimestre de 2019 el dato de FG.

En octubre de 2019, se diseñó el formato con la propuesta de modificación de tratamiento de los pacientes por cupo, en los que sería recomendable sustituir algún fármaco por contraindicación, reducir la dosis o ampliar el intervalo entre dosis. También se seleccionó la bibliografía con la que se ha trabajado para ofrecer esta propuesta de modificación de tratamiento.

Debido a las dificultades para obtener los datos, y el tiempo transcurrido desde la primera extracción, en enero 2020 se realiza una nueva extracción global para actualizar los datos y hacer el corte definitivo con datos del año 2019 completo.

El total de pacientes con PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS es de 6257. Se obtienen datos de 5080 diabéticos en tratamiento con antidiabéticos no insulínicos. Se excluyen 1177 pacientes por no disponer del dato de filtrado glomerular en OMI-AP ni en HCE, tal y como se refleja en el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 24,6% de los pacientes tienen un FG<60ml/min en los últimos 12 meses.

El 18,8% de los pacientes no disponen de dato de FG los últimos 12 meses.

El 19,2% (960 pacientes) presentan inadecuación de dosis o contraindicación según su filtrado glomerular de al menos un antidiabético. De estos, el 10,1% (97 pacientes) tienen algún medicamento más con inadecuación de dosis o contraindicación.

Los antidiabéticos más prescritos fueron: metformina, gliptinas y sulfonilureas.

Se han aceptado las recomendaciones hechas en un 62% de los pacientes (595 pacientes).

Las más frecuentes fueron:

Reducción de dosis 54,5%

Contraindicación del antidiabético 25,3%

Ampliación del intervalo terapéutico 18,2%

Respecto a los antidiabéticos implicados que precisaron ajuste, destacan:

Metformina 57,2%

Gliptinas 19,9%

Glifozinas 8,9%

Sulfonilureas 6,3%

Respecto al resto de medicamentos, la contraindicación de hidroclorotiazida en FG<30 ml/min fue la recomendación más frecuente.

No se hicieron cambios por mejoría de FG en un 9% (87) de los pacientes.

No se obtuvo respuesta sobre las recomendaciones hechas en el 28,9% (278) de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo se ha llevado a cabo conjuntamente entre los Sectores de Alcañiz y Barbastro, resultando clave

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0006

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE ANTIDIABETICOS NO INSULINICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

para abordar los retos, problemas, etc. que se han planteado en cada lugar y pudiendo ofrecer la solución más adecuada.

Este proyecto tenía como objetivo mejorar la seguridad del paciente actuando como recordatorio de los límites a la prescripción de los antidiabéticos que impone su función renal. A la vista de los resultados obtenidos sería aconsejable que esta información se integre en los sistemas de ayuda a la prescripción electrónica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/6 ===== ***

Nº de registro: 0006

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE ANTIDIABETICOS NO INSULINICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL (ATENCION PRIMARIA SECTOR BARBASTRO)

Autores:
BUISAN GIRAL MARIA JOSE, DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Que esta información se integre en los sistemas de ayuda a la prescripción electrónica.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Atención Primaria es frecuente tratar a pacientes diabéticos muy ancianos cuya función renal está deteriorada por la propia evolución de la enfermedad y los años de vida acumulados.

La prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) aumenta de forma progresiva con el envejecimiento (3% entre 40-64 años, 22% en mayores de 64 años, 40% en mayores de 80 años), y con otras enfermedades como diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedades cardiovasculares, con las que a menudo se presenta asociada. Actualmente la ERC se considera una cuestión relevante en las estrategias de abordaje de la cronicidad y en las guías de revisión de medicación en situaciones de polimedición.

La adecuación de la prescripción en la ERC puede contribuir a disminuir su progresión y morbimortalidad asociada.

Los aspectos a considerar son:

-Evitar o adecuar el uso de fármacos nefrotóxicos.

-Ajustar la dosis de fármacos cuya eficacia y/o seguridad puede verse afectada por la insuficiencia renal (IR).

Existen numerosos grupos de fármacos de uso común en atención primaria cuya eliminación o eficacia pueden verse afectadas por la insuficiencia renal y requieren un ajuste de dosis o están contraindicados (antihipertensivos, antidiabéticos, hipolipemiantes, antibióticos, antiinflamatorios, ...).

Este proyecto tiene como objetivo mejorar la seguridad del paciente actuando como recordatorio de los límites a la prescripción de los antidiabéticos que impone la función renal del mismo, a la espera de que esta información se integre en los sistemas de ayuda a la prescripción electrónica.

RESULTADOS ESPERADOS

? Evaluar la adecuación de dosis prescrita de los fármacos antidiabéticos no insulínicos en los pacientes diabéticos con IR del sector Barbastro

? Promover la correcta dosificación en pacientes con IR.

Objetivo secundario

? Revisar el resto de la medicación prescrita, en caso de detectarse una contraindicación o dosificación inadecuada del antidiabético no insulínico.

MÉTODO

Se comunicará en junta técnico asistencial y los resultados se presentarán en sesiones farmacoterapéuticas a todos los equipos del sector. La FAP realizará la revisión por CIAS, y el seguimiento y evaluación de la aceptación de las recomendaciones por tipo de ajuste (reducción de la dosis, ampliación del intervalo)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0006

1. TÍTULO

ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE ANTIDIABETICOS NO INSULINICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

terapéutico o suspensión del tratamiento por contraindicación). Además junto con las recomendaciones se facilitará una tabla de dosificación de fármacos en IR.

El personal de medicina y enfermería de AP revisará los informes de recomendaciones y adecuará los tratamientos.

INDICADORES

Fuente datos: receta electrónica.

Febrero y mayo 2019: % pacientes diabéticos con prescripción de antidiabéticos no insulínicos y FG < 60 ml/min en los últimos 12 meses.

Febrero y mayo 2019: % pacientes diabéticos con prescripción de antidiabéticos no insulínicos y sin datos de FG en los últimos 12 meses.

Febrero, mayo y octubre 2019: % pacientes diabéticos con prescripción de antidiabéticos no insulínicos e inadecuación de dosis o contraindicación.

Febrero, mayo y octubre 2019: % pacientes diabéticos con prescripción inadecuada de la dosis o contraindicación de antidiabéticos no insulínicos y algún medicamento más con inadecuación de dosis o contraindicación.

Noviembre-diciembre 2019: % pacientes en los que se han aceptado las recomendaciones. Valora a alcanzar: = 50%.

DURACIÓN

Enero - diciembre 2019.

Revisión por CIAS, elaboración de los informes de recomendaciones y envío: febrero y mayo.

Sesiones farmacoterapéuticas en los equipos AP: marzo - abril.

Seguimiento y asesoramiento FAP: marzo-noviembre.

Revisión de los informes y adecuación de los tratamientos: marzo-noviembre.

Evaluación final: noviembre-diciembre.

Responsable: FAP de Barbastro.

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 - 2019/0365

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 07/12/2020

2. RESPONSABLE ESTIBALIZ ECHAZARRETA GALLEGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARRASQUER PUYAL AURORA
PALLARES SEGURA JOSE LUIS
CARRASQUER SESE JOSE ANTONIO
LATRE SASO CRISTINA
URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE
ARANA LENIS MARIA CONSTANZA
FRANCES RAMI ESMERALDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Revisión de guías clínicas existentes en relación a protocolos de Recuperación Intensificada
- Estudio poblacional y adaptación de medidas de las vías de recuperación intensificada publicadas hasta el momento a recursos y población local
- Elaboración de vía clínica para el manejo en planta de cirugía de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal
- Establecimiento de consenso sobre ítems intraoperatorio (anestésicos y quirúrgicos) a incluir en el programa del hospital.
- Difusión de la relevancia de los programas de rehabilitación multimodal entre personal de enfermería de planta de hospitalización y quirófano mediante sesiones clínicas.
- Adaptación de protocolo a herramienta de prescripción electrónica de medicamentos Unidosis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Sobre el protocolo inicial se suprimió el ítem "Ingesta de líquidos claros hasta 2 horas antes de intervención quirúrgica" por dificultades planteadas para su cumplimiento previo a la implantación del protocolo.

- Nº ítems medio del protocolo cumplidos /paciente ingresado: 12/16
- Porcentaje global de adherencia al protocolo: 71%
- Estancia media hospitalaria pacientes incluidos en protocolo/estancia media pacientes sometidos a cirugía colorrectal años 2017- 2018: 7 vs 9 días
- Evaluación de dificultades surgidas en el desarrollo del proyecto y pautas de mejora (punto 7).
- Satisfacción del paciente con respecto a protocolo: 8,5/10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de nuevas prácticas clínicas supone en muchas ocasiones un reto, en especial cuando implican a varios servicios. Esta experiencia ha demostrado la factibilidad de desarrollo de un programa de recuperación intensificada en cirugía colorrectal en un centro como el Hospital de Barbastro, obteniendo resultados positivos y alto nivel de satisfacción. La reticencia al cambio en el manejo del paciente establecido clásicamente, ha sido ampliamente superada en esta ocasión, mediante la motivación y formación del equipo. Los cuidados estandarizados basados en la evidencia científica generan un entorno de prácticas seguras en el ámbito sanitario; por lo que el objetivo futuro tras la implementación de este protocolo es mantener una revisión activa del mismo, fomentando su cumplimiento global y actualizando sus ítems en relación a nueva evidencia publicada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/365 ===== ***

Nº de registro: 0365

Título
IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ, CARRASQUER PUYAL AURORA, PALLARES SEGURA JOSE LUIS, CARRASQUER SESE JOSE ANTONIO, LATRE SASO CRISTINA, URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE, ARANA LENIS MARIA CONSTANZA, FRANCES RAMI ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0365

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cirugía del cáncer colorrectal se asocia con una alta tasa de eventos adversos, hasta un 30% según las series. Las complicaciones derivadas de la intervención dependen del acto quirúrgico, el estado basal del paciente y la propia patología. La agresión perioperatoria implica la puesta en marcha de una respuesta inmunitaria y endocrina con liberación de citocinas y mediadores de la inflamación que puede convertirse en patológica conllevando una disfunción orgánica. Los programas de recuperación intensificada ERAS son un conjunto de cuidados para pacientes quirúrgicos, basados en la evidencia, que tienen como objetivo disminuir este estrés generado en torno al proceso operatorio. La implementación de estas prácticas de manejo perioperatorio han supuesto una revolución en el campo de la cirugía, y se sustentan en la aplicación de un paquete de medidas de una manera multidisciplinar por los profesionales involucrados y fomentando la implicación activa del paciente en todo el proceso. Actualmente en el Servicio de Cirugía del hospital de Barbastro se llevan a cabo anualmente alrededor de 80 cirugías de colon resectivas, por lo que siendo una patología de alta prevalencia resulta necesario adecuar y consensuar interdisciplinariamente un protocolo de manejo perioperatorio basado en la evidencia actual.

RESULTADOS ESPERADOS

- Implementar programa de cirugía de recuperación intensificada en cirugía colorrectal en el Hospital de Barbastro.
- Reducir la estancia media hospitalaria tras cirugía colorrectal respecto a cohorte histórica.
- Reducir las complicaciones globales en cirugía colorrectal respecto a cohorte histórica.

MÉTODO

Ítems del protocolo de rehabilitación multimodal:

Preoperatorio:

- Información al paciente preoperatorio completa oral y escrita sobre el proceso al que va a ser sometido individualizada y adaptada.
- Optimización preoperatoria: identificación del paciente de riesgo en el periodo preoperatorio, de manera que los eventos detectados se optimicen en esta etapa.
- Ingesta de líquidos claros hasta 2 horas antes de intervención quirúrgica.

Intraoperatorio:

- Evitar empleo de premedicación anestésica.
- Abordaje quirúrgico laparoscópico prioritario.
- Profilaxis de náuseas y vómitos en función del riesgo estimado individualizado.
- Prevención hipotermia.
- Evitar uso de sonda nasogástrica (SNG).
- Evitar empleo de drenaje intraabdominal.
- Analgesia epidural/bloqueo plano transversal: analgesia epidural dentro de una analgesia combinada en toda cirugía abierta.
- Fluidoterapia intraoperatoria guiada por objetivos evitando la sobrecarga hídrica, con un mantenimiento de los siguientes valores: cirugía laparoscópica 1-3 ml/kg/h o cirugía abierta 5-7 ml/kg/h.
- Hiperoxigenación intraoperatoria con FiO2 superior a 50%.
- Empleo de anestésicos de acción corta en inducción y mantenimiento.

Postoperatorio

- Nutrición precoz: inicio de la ingesta las primeras 24 horas postoperatorias.
- Movilización temprana: movilización en las primeras 24 horas postquirúrgicas.
- Incentivador respiratorio/fisioterapia preoperatoria y postoperatoria combinados con ejercicios de respiración profunda, tos dirigida y movilización precoz.
- Retirada precoz de sonda vesical: en los casos en los que sea necesario su colocación, retirada en las primeras 24 horas tras la cirugía.

INDICADORES

- Nº ítems del protocolo cumplidos /paciente ingresado.
- Porcentaje global de adherencia al protocolo.
- Porcentaje de cumplimiento por grupos de edad.
- Estancia media hospitalaria pacientes incluidos en protocolo/estancia media pacientes sometidos a cirugía colorrectal años 2017- 2018.
- Complicaciones globales pacientes incluidos en protocolo/complicaciones globales pacientes sometidos a cirugía colorrectal años 2017-2018.
- Encuesta satisfacción del paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0365

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

- Evaluación de dificultades surgidas en el desarrollo del proyecto y pautas de mejora.

DURACIÓN

- Febrero-Marzo 2019: elaboración de protocolos de manejo y consenso en torno a los mismos.
- Abril 2019: comunicación y formación del personal implicado sobre los nuevos protocolos.
- Abril-Mayo 2019: puesta en marcha del proyecto.
- Septiembre 2019: reunión evaluación: dificultades en la implantación, mejoras aplicables.
- Noviembre 2019: evaluación de resultados de 6 meses de evaluación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0356

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARINGEA

Fecha de entrada: 28/12/2020

2. RESPONSABLE CLARA PALACIN ARIÑO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIETETICA Y NUTRICION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BIBIAN GETINO CLARA MARIA
MORLANS GRACIA LUCIA
TORRES GRANDE MARIA JOSE
MEDRANO MARTINEZ PILAR
PEYRET FERRER INMACULADA
GOMEZ RIVAS PAULA
GRANDE MANJON MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han elaborado las recomendaciones sobre administración de medicamentos en personas con disfagia orofaríngea, creando un tríptico para facilitar el acceso a esta información y reforzarla.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mayor sensibilidad en el personal de cara a la adecuación de las formas farmacéuticas en los pacientes que presentan disfagia.
Incorporación a la rutina diaria de este tipo de ajustes de medicación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo valora muy positivamente la realización de este proyecto. Se han logrado los objetivos marcados, lo que redundará en una mejora significativa de la seguridad, y por tanto de la calidad, en la atención de las personas que sufren este problema.

Aunque todas las sesiones de formación previstas en el proyecto se llevaron a cabo el año anterior, ha continuado la demanda de formación en este sentido. La situación actual de pandemia -con las medidas de distanciamiento que implica- nos ha impedido llevar a cabo más sesiones, tal como nos hubiese gustado.

7. OBSERVACIONES.

Si es preciso enviar el tríptico que hemos realizado, les ruego nos indiquen la forma de hacerlo. Gracias.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/356 ===== ***

Nº de registro: 0356

Título
OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARINGEA

Autores:
PALACIN ARIÑO CLARA, BIBIAN GETINO CLARA MARIA, MORLANS GRACIA LUCIA, TORRES GRANDE MARIA JOSE, MEDRANO MARTINEZ PILAR, PEYRET FERRER INMACULADA, GOMEZ RIVAS PAULA, GRANDE MANJON MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquiera que curse con disfagia orofaríngea
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La disfagia orofaríngea es uno de los problemas más frecuentes en pacientes hospitalizados. Tiene múltiples consecuencias adversas que llevan a un aumento del coste total por hospitalización.
La administración de la medicación oral se encuentra condicionada tanto por la forma farmacéutica como por la dificultad de deglución de estos pacientes.
La detección de este problema, conlleva a la mejora de la atención del paciente y disminución de eventos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0356

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARINGEA

adversos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Detección de pacientes con disfagia orofaríngea.
- Recomendaciones y optimización de los tratamientos de los pacientes con disfagia orofaríngea.

MÉTODO

- Revisión bibliográfica de los artículos publicados hasta la fecha.
- Elaboración de recomendaciones sobre la administración de medicamentos en disfagia orofaríngea.
- Detección de pacientes con disfagia orofaríngea en hospitalización.
- Realización de sesiones formativas para el personal sanitario y encuesta de valoración.

INDICADORES

Valoración satisfactoria en el 70% del personal sanitario.

DURACIÓN

- Revisión bibliográfica y elaboración de recomendaciones hasta septiembre de 2019
- Realización de sesiones formativas para el personal sanitario a lo largo del último trimestre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0702

1. TÍTULO

MANUAL PARA LOS COLABORADORES DE ESTANCIAS CLINICAS: CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES A ALCANZAR POR LOS ALUMNOS. GUIA DOCENTE

Fecha de entrada: 12/01/2021

2. RESPONSABLE ALEJANDRA MARIA MALO ASO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Debido a la pandemia de la Covid-19 no se esta cumpliendo con el plan marcado por lo que esperamos pueda ser terminada a lo largo de este 2021

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Debido a la pandemia el alumnado fue muy escaso durante el año 2020. El proyecto esta proceso de elaboracion

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido a la situación actual se esta reforzando la importancia del aprendizaje de los alumnos en materias de aislamientos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/702 ===== ***

Nº de registro: 0702

Título
MANUAL PARA LOS COLOBORADORES DE ESTANCIAS CLINICAS: CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES A ALCANZAR POR LOS ALUMNOS. GUIA DEL DOCENTE

Autores:
MALO ASO ALEJANDRA, BORRELL BORRELL EVA, DOMECH LLORET REYES, SICART LONCAN SILVIA, PUEYO VICENTE YOLANDA, BRAVO TRICAS IRENE, VILCHEZ BRUNED ELENA, ABADIA TORRALBA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En numerosas ocasiones los colaboradores de estancias clínicas no conocemos con exactitud ni las habilidades ni los conocimientos que deben adquirir los alumnos que se encuentran realizando prácticas en nuestro servicio dependiendo de los estudios y el curso en el que se enciendan.

RESULTADOS ESPERADOS
Que todo el personal colaborador de estancias clínicas tanto de los alumnos de grado de Enfermería como de Técnico de cuidados auxiliares de Enfermería conozca con exactitud las habilidades y conocimientos que debe alcanzar cada alumno al finalizar su rotatorio dependiendo de sus estudios curso y servicio en el que haya realizados sus prácticas. Disminuir la variabilidad entre los diferentes servicios y docentes.

MÉTODO
Crear unas pautas basándonos en los objetivos que nos proporcionan tanto las universidades y escuelas de enfermería como los centros de formación de TCAEs.
Distribuir dichas pautas y aclarar las dudas que puedan surgir entre los profesionales donde los alumnos se encuentren realizando sus prácticas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0702

1. TÍTULO

MANUAL PARA LOS COLABORADORES DE ESTANCIAS CLINICAS: CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES A ALCANZAR POR LOS ALUMNOS. GUIA DOCENTE

INDICADORES

En primer lugar se proporcionará un cuestionario a los futuros colaboradores de estancias clínicas para evaluar los conocimientos que poseen sobre que consideran que deben aprender los alumnos durante su estancia en el servicio y seguidamente se les entregaran las pautas que vamos a realizar para que conozcan con exactitud dichos conocimientos y habilidades.

Una vez los alumnos hayan completado su estancia clínica en el servicio los colaboradores de estancias clínicas volverán a realizar el mismo cuestionario que se les paso previo al conocimiento de las pautas y así podremos evaluar si estas han sido efectivas y por lo tanto nuestros alumnos están aprendiendo lo que consideran en sus centros de formación para su curso y estudios.

También se realizará un test a los alumnos una vez hayan finalizado sus prácticas y así poder valorar si han alcanzado los conocimientos y objetivos esperados.

DURACIÓN

Abril- junio 2019: Elaboración de formularios y pautas

Septiembre- octubre 2019: cumplimentación de los formularios y difusión de las pautas entre los diferentes colaboradores de estancias clínicas.

Julio 2020: Análisis de los resultados

Septiembre 2020: Exposición de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0422

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE CONSTATAION DE ORDENES DE NO REANIMACION CARDIOPULMONAR

Fecha de entrada: 28/12/2020

2. RESPONSABLE ISABEL GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS
MARTINEZ TRIVEZ PILAR
MARTINEZ HUGUET CLAUDIA
BAGÜESTE MORAN PATRICIA
GAVIN BERCERO JOSE MANUEL
MILLAN GARCIA JOSE RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Lo primero que se realizó fue una valoración individual de cada paciente que ingresó en el hospital (exceptuando pediatría y ginecología) para decidir, según edad, comorbilidades previas, enfermedad actual y probabilidad de fallecimiento, si era candidato a medidas invasivas o maniobras de reanimación cardiopulmonar. Para ello se elaboró una hoja de toma de decisiones en la cual quedaban reflejados estos datos. Dicha hoja se ubicó en la historia clínica de cada paciente, de forma que fuera visible para el personal que tuviera que tomar una decisión de carácter urgente. Se rellenó al ingreso y, posteriormente, cada siete días o si la situación clínica del paciente se modificaba de forma considerable.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En los hospitales ingresan muchos pacientes que bien por su situación clínica evolucionada, estado mental, edad o patología de base, se encuentran en la fase final de su enfermedad. Es fácil que este tipo de pacientes puedan fallecer a lo largo de su estancia hospitalaria, debiendo ser diferenciados de aquellos pacientes que presentan una parada cardiorrespiratoria por una patología tratable, los cuales deben recibir una reanimación cardiopulmonar avanzada. Cuando esto pasa en horario de guardia, ocurre que el personal sanitario (tanto médicos, enfermería o auxiliares) son desconocedores de los datos mencionados anteriormente y deben actuar y tomar decisiones de forma urgente. Para evitar que la responsabilidad de actuación recaiga sobre un personal que desconoce los datos de cada paciente, se pidió a cada médico responsable de su visita diaria, que rellenara la hoja de datos tras explicación previa a familiares y pacientes. Como resultado se objetivó, hasta comienzo de la pandemia en las que todos los protocolos cambiaron, que hasta un 65% de los pacientes ingresados (exceptuando pediatría y ginecología) tenían el formulario relleno, lo cual supuso una gran mejoría de la calidad de asistencia a estos pacientes en situaciones de extrema urgencia, no iniciándose maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada ni maniobras invasivas en aquellos pacientes en los que se había desestimado, y realizándose todo el protocolo de actuación de RCP en aquellos en los que sí debía realizarse. Para el personal de guardia ha supuesto una clara mejoría de la toma de decisiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha conseguido facilitar la toma de decisiones en situaciones de urgencia a los profesionales implicados en la valoración rápida y urgente del paciente en cada momento concreto. Además se ha conseguido también algo hasta ahora poco común, y es que cada paciente, en ausencia de deterioro cognitivo o fase terminal de una enfermedad, puede participar conjuntamente con su médico, en la toma de decisiones ante posibles complicaciones de su enfermedad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/422 ===== ***

Nº de registro: 0422

Título
ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE CONSTATAION DE ORDENES DE NO REANIMACION CARDIOPULMONAR

Autores:
GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL, GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, MARTINEZ TRIVEZ PILAR, MARTINEZ HUGUET CLAUDIA, BAGÜESTE MORAN PATRICIA, GAVIN BERCERO JOSE MANUEL, MILLAN GARCIA JOSE RAMON

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0422

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE CONSTATAION DE ORDENES DE NO REANIMACION CARDIOPULMONAR

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los hospitales ingresan muchos pacientes que bien por su situación clínica evolucionada, estado mental deteriorado, edad y/o patología de base se encuentran en una fase final de su enfermedad y, por lo tanto, con posibilidades de fallecimiento. Es esencial identificar a aquellos pacientes en los cuales el cese de la respiración y el latido cardiaco son hechos terminales y en los cuales no debe intentarse ni realizarse la reanimación, para diferenciarlos de aquellos en que la parada cardiorrespiratoria (PCR) es inesperada en el transcurso de un proceso recuperable y en los cuales debe hacerse todo lo posible para remontar la PCR.

RESULTADOS ESPERADOS

- Que cada paciente ingresado en el hospital (exceptuando pediatría y ginecología) sea valorado como candidato o no a maniobras de reanimación cardiopulmonar o medidas invadidas, en caso que la evolución clínica del proceso haga plantear su utilización.
- Facilitar la toma de decisiones en situaciones de urgencia a los profesionales implicados en la valoración rápida y urgente del paciente en ese momento concreto.
- Que aquellos pacientes que, en ausencia de enfermerad en fase terminal o deterioro cognitivo, puedan participar en decidir de forma conjunta con su médico habitual, las medidas que se les realicen ante posibles complicaciones derivadas de su enfermedad.

MÉTODO

- Realizar una hoja de toma de decisiones en la cual quedará reflejada si el paciente es candidato o no a medidas de reanimación cardiopulmonar o medidas invadidas.
- Dicha hoja se ubicará en la historia de dicho paciente, en un lugar visible y de fácil localización.
- Se deberá rellenar al ingreso y, posteriormente, cada siete días o si la situación clínica del paciente se modifica de forma considerable (evolución favorable o desfavorable).

INDICADORES

- N° pacientes con el formulario rellenado / N° pacientes ingresados en el hospital (exceptuando pediatría y ginecología).
- N° pacientes que, con orden de no RCP, llaman a UCI ante situación de parada cardiorrespiratoria.

DURACIÓN

1 abril de 2019 hasta 31 de diciembre de 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 - 2019/0712

1. TÍTULO

ULCERAS POR PRESION EN PACIENTES CRITICOS ¿SON EVITABLES?

Fecha de entrada: 12/01/2021

2. RESPONSABLE ALICIA CAMPO SIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALLEJAS ESCARTIN ESTHER
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS
PALACIN BUISAN NATIVIDAD
LISA LOPEZ MARIA VICTORIA
MENDIARA BERBIELA YOLANDA
PERA SEIJO IZARBE
TRUCO MARRO IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado la revisión bibliográfica por parte de los miembros del equipo de mejora con la posterior puesta en común.

También se hicieron varias reuniones para decidir cuáles son los datos susceptibles de ser incluidos en nuestro estudio: Características demográficas del paciente, factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, factores iatrogénicos, medidas preventivas adoptadas, descripción de UPP aparecidas en la unidad Etc.

Se ha elaborado el formulario de ayuda en la cumplimentación del registro informático para unificar los criterios en la recogida y registro de los datos a estudiar, describiendo cada ítem y el modo de registro en la hoja Excel. Intentamos reducir así al mínimo posible la variabilidad inter-observador, realizando después una reunión para aclarar dudas.

Se ha elaborado la hoja Excel para la recogida de datos.

Solicitamos y recibimos la autorización para realizar el estudio por parte de la dirección del hospital.

Durante este periodo se ha realizado la actualización del programa informático de la unidad Centricity Critical Care a una nueva versión, que iba a ser al principio del año 2019 y al final se realizó durante el mes de noviembre.

Realizamos una última reunión para acabar de concretar los aspectos relacionados con la recogida de datos y últimas dudas. Se decidió que el riesgo nutricional (CONUT) se recogiera por un único investigador para evitar sesgos y se han repartido los pacientes por investigadores.

Hasta el momento hemos recogido más del 50% de los datos y tenemos previsto acabar la recogida de datos durante el mes de febrero - marzo.

Revisión de los resultados obtenidos mediante el paquete estadístico SPSS, durante los meses de abril y mayo.

Tras lo cual haremos otra reunión del equipo para el análisis de los resultados obtenidos y la valoración de las posibles medidas de mejora que pudieran adoptarse. Posteriormente realizaremos la difusión de los resultados y las nuevas acciones de mejora a implementar en la unidad, mediante una sesión informativa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con motivo de la pandemia y la sobrecarga de trabajo que venimos sufriendo desde marzo, febrero (si tenemos en cuenta todo el trabajo previo de preparación), no hemos podido avanzar en el proyecto. En cuanto la pandemia nos lo permita continuaremos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aun no disponemos de conclusiones.

7. OBSERVACIONES.

Nuestra intención es continuar con el proyecto, adecuando el calendario previsto para el 2020 a las posibilidades del 2021.

Además hemos añadido otro objetivo que consiste en realizar un estudio comparativo entre paciente COVID y NO COVID respecto a la aparición de UPP.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/712 ===== ***

Nº de registro: 0712

Título
ULCERAS POR PRESION EN PACIENTES CRITICOS ¿SON INEVITABLES?

Autores:
CAMPO SIN ALICIA V, CALLEJAS ESCARTIN ESTHER, GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, PALACIN BUISAN NATIVIDAD, LISA LOPEZ MARIA VICTORIA, MENDIARA BERBIELA YOLANDA, PERA SEIJO IZARBE, TRUCO MARRO IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0712

1. TÍTULO

ULCERAS POR PRESION EN PACIENTES CRITICOS ¿SON EVITABLES?

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología: LESIONES POR PRESIÓN
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: SEGURIDAD DEL PACIENTE, MEJORA PRACTICA CLINICA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes críticamente enfermos requieren atención compleja en un entorno tecnológicamente sofisticado donde son altamente vulnerables a las lesiones relacionadas con la presión, el desarrollo de la lesión por presión sigue siendo un fenómeno multifactorial. Como consecuencia de la complejidad de su atención y la alta carga de la enfermedad, es lógico deducir que los pacientes de la UCI serían altamente vulnerables a las lesiones relacionadas con la presión. De hecho, la prevalencia de úlceras por presión en la población de la UCI se considera la más alta entre los pacientes hospitalizados.

Las úlceras por presión son generalmente lesiones de rápida aparición y larga, lenta y tediosa curación. Además, un buen número de factores de riesgo para su desarrollo aparecen con más frecuencia o de manera casi exclusiva en los pacientes críticos (ventilación mecánica, uso de sedantes, anestésicos y relajantes, fármacos vasoactivos, etc.)

La prevención resulta menos costosa (sobre todo para el paciente) y más eficaz que el tratamiento.

En el proceso de la prevención de las UPP, uno de los principales retos que se plantean en el futuro de las UCI es conocer cuál es la incidencia/ factores de riesgo y las actuaciones preventivas aplicadas. Este hecho es apoyado por el fracaso de las escalas de riesgo de UPP (Braden, Norton, etc.) que, utilizadas en la población general hospitalaria, han demostrado escasa capacidad discriminativa en enfermos críticos.

La mayoría de los trabajos que estudian cuál es la incidencia de la UPP en la UCI no relacionan los factores de riesgo y patología con los cuidados recibidos.

Un nuestra unidad el seguimiento que se realiza es de prevalencia de las UPP según escala de Norton mayor o igual a14.

Por lo que queremos orientar nuestro esfuerzo a intentar primero identificar los factores de riesgo más prevalentes en nuestra unidad, minimizar dichos factores, si es posible, y aplicar las medidas de prevención y los cuidados de enfermería óptimos. Conocer mejor tanto de los factores de riesgo, las medidas de prevención, cuidados aplicados y los resultados obtenidos ayudaran a mejorar nuestros conocimientos, actitudes y estrategias preventivas respecto a las UPP en UCI, y así poder confirmar, si es posible, la incidencia cero de UPP en UCI o en su defecto reducir al mínimo su presencia.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer la frecuencia de UPP nosocomiales generadas en nuestra unidad

Conocer los factores de riesgo que más influyen en la aparición de las UPP en nuestra unidad

Describir el riesgo de aparición de las úlceras por presión en los pacientes ingresados en la unidad de cuidados críticos, con relación al tiempo de medición y estadio evolutivo

MÉTODO

El estudio se realizara en la UCI del hospital de Barbastro, disponemos de 6 camas polivalentes, los datos se obtendrán de los registros informatizados que dispone la unidad, Centricity Critical Care y el equipo de mejora será el encargado de su realización. Se tratara de un estudio descriptivo prospectivo.

La población a estudio serán todos los pacientes ingresados en la unidad durante el año 2019.

Revisión bibliográfica, durante el mes de marzo 2019 por los miembros de equipo de mejora.

Reunión de los miembros del equipo de mejora para la puesta en común y determinar los datos susceptibles de ser incluidos en nuestro estudio:

Características demográficas / del paciente,

Factores intrínsecos y extrínsecos,

Factores iatrogénicos

Medidas preventivas adoptadas. Etc.

Elaborar formulario de registro informático para la recogida de datos y posterior análisis informático.

Inicio de la recogida de datos a partir del mes de junio - julio.

Revisión de los resultados obtenidos y valoración de las posibles medidas de mejoras que pudieran adoptarse.

Sesión informativa de los resultados obtenidos en la unidad.

Implementación de nuevas acciones de mejora.

INDICADORES

Número de pacientes con norton<=14 que han desarrollado LPP habiéndose aplicado medidas preventivas

% pacientes que presentan dos o más UPP /total de pacientes ingresados

% de pacientes con UPP debidas a dispositivos sobre total UPP

% de UPP en pacientes en relación al uso de drogas vasoactivas, imposibilidad de movilización y estado nutricional.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0712

1. TÍTULO

ULCERAS POR PRESION EN PACIENTES CRITICOS ¿SON EVITABLES?

DURACIÓN

Revisión bibliográfica, durante el mes de marzo 2019 por los miembros de equipo de mejora.
Reunión de los miembros del equipo de mejora para determinar los datos a incluir en nuestro estudio. Durante el mes de abril.
Elaborar formulario de registro informático. Mes de mayo, coordinador del proyecto de mejora.
Reunión enfermeras para unificar criterios en la recogida de datos. junio.
Inicio de la recogida de datos mes de junio equipo de mejora.
Revisión de los resultados obtenidos fecha a determinar. Estudio de las posibles medidas de mejora. Equipo de mejora.
Sesión informativa en la unidad. Enero 2020.
Implementación de nuevas acciones.

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 - 2019/0105

1. TÍTULO

MOVILIZACION PRECOZ Y OTRAS NUEVAS MEDIDAS PARA EVITAR EL DETERIORO FUNCIONAL DEL ENFERMO ANCIANO HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 11/01/2021

2. RESPONSABLE PATRICIA BAGÜESTE MORAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BAUTISTA ALONSO ROSA EVA
SALAS JARQUE JUAN
BOLEAS LADEIRA LAURA
GUIRAL FERNANDEZ NURIA
PIQUERAS SERRANO CARMEN
CASAUS MAGAÑA PATRICIA
BUIL VIÑEC RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los objetivos que nos planteábamos este año eran

1. Continuar identificando y clasificando a los distintos tipos de pacientes en riesgo de sufrir un deterioro funcional durante el ingreso.
2. Proponer otra serie de medidas que se ha comprobado que también ayudan a disminuir el deterioro funcional durante el ingreso acortando la estancia media hospitalaria. Entre ellas: control de la ingesta, mantenimiento de la orientación temporo-espacial del enfermo.
3. Proponer un plan de actuación o "cuidados informales" para implicar a los cuidadores, ya que se ha comprobado que la presencia de un acompañante durante la hospitalización, influye en el deterioro y por tanto en el tiempo de permanencia de los pacientes en el hospital.
4. Describir la situación actual en planta de M. Interna, de los recursos y personal que disponemos.
5. Explicar al equipo sanitario los resultados que tenemos hasta el momento y explicar las nuevas medidas que queremos aplicar

Las actividades a realizar se han visto claramente entorpecidas por la situación vivida este 2020, puesto que nuestra labor a realizar era en la planta de Medicina Interna (5ª izquierda), que desde principios de marzo que inició la pandemia COVID-19 hasta fecha de hoy continúa siendo la única "planta sucia" o "planta COVID" del hospital.

El equipo se reunió el 27 de enero de 2020 (lunes) para sentar las bases del proyecto; explicar la labor que iba a desempeñar cada uno, e intentar trabajar todos los componentes en la misma dirección: identificando aquellos pacientes que podrían sufrir un mayor grado de deterioro según su situación cognitiva, nutricional y situación de dependencia funcional previa al ingreso; y según la patología que motivaba el ingreso. El plan era continuar clasificando los pacientes en diferentes grupos de actuación (paciente geriátrico, anciano frágil, anciano sano con enfermedad aguda). Pero... de repente la pandemia se vino encima, primero hubo que reestructurar la planta, se cambió la forma de trabajar, se perdió el contacto humano directo porque de repente había que entrar a valorar a nuestros pacientes con un EPI. El número de entradas a las habitaciones se redujo, incluso la rehabilitación se realizaba en los casos en los que el paciente no de saturaba por video llamada.

De forma que hemos continuado nuestro plan con grandes obstáculos y carencias. Hemos identificado pacientes en riesgo, he intentado promover la movilización en las primeras 48h. Se ha intentado mantener un adecuado aporte nutricional añadiendo suplementación de acuerdo al perfil nutricional que podíamos valorar en las analíticas de control. Una de los mayores problemas ha sido la ausencia de apoyo familiar, además del aislamiento constante durante días; ambas cosas no han ayudado nada en la orientación temporo-espacial del enfermo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La movilización precoz en nuestros pacientes tipo, este año ha sido prácticamente imposible, la mayoría de los pacientes permanecían >48h en reposo absoluto para evitar la desaturación y fatiga respiratoria. Se ha intentado mantener un adecuado aporte nutricional en lo posible, las auxiliares han continuado dando de comer a todos los pacientes que no se pudieran valer por sí solos, puesto que ha sido imposible contar el apoyo de familiares. Desde el punto de vista médico se ha intentado mantener un control nutricional adecuado, pero la negativa a la ingesta, la inapetencia y la desaturación con la ingesta han sido una constante en el paciente COVID, con la consiguiente desnutrición proteica y pérdida de masa muscular.

En cuanto a la orientación; se ha intentado incidir en los pacientes, sobre todo los más mayores o con un deterioro cognitivo de base; en el día que era, la franja horaria en base a las comidas (hora de desayunar-comer-merendar-cenar...), pero lo cierto es que el aislamiento durante 24h durante una estancia media de 10 días, no ha ayudado nada. Además el hecho de entrar a valorar enfermos con un EPI, tampoco ha ido en nuestra ayuda (muchos pacientes mayores ni siquiera nos reconocían como personal sanitario). La saturación del personal, jornadas laborales que claramente excedían las horas de trabajo remuneradas y el caos global sobre todo al inicio de la pandemia, no ha permitido continuar con las reuniones que se tenían previstas y por otro lado se prohibieron las reuniones en sesiones entre personal médico, por lo que no se han recogido más datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La conclusión es que nuestro proyecto de mejora, basado en los 3 pilares (movilización, nutrición y apoyo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0105

1. TÍTULO

MOVILIZACION PRECOZ Y OTRAS NUEVAS MEDIDAS PARA EVITAR EL DETERIORO FUNCIONAL DEL ENFERMO ANCIANO HOSPITALIZADO

familiar) es imposible de llevar a cabo de forma ajustada al planteamiento inicial, mientras nuestra planta permanezca siendo la planta COVID.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/105 ===== ***

Nº de registro: 0105

Título
MOVILIZACION PRECOZ DEL ENFERMO ANCIANO HOSPITALIZADO COMO MEDIDA PARA EVITAR EL DETERIORO FUNCIONAL

Autores:
BAGÜESTE MORAN PATRICIA, BOLEA LADERAS LAURA, MARTINEZ HUGUET CLAUDIA, GUIRAL FERNANDEZ NURIA, CASAUS MAGAÑA PATRICIA, ESCALANTE SIERRA ASUNCION, BUIL VIÑEC RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODO TIPO DE PATOLOGIA QUE INGRESE EN MEDICINA INTERNA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

TRADICIONALMENTE LA MEDIDA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DURANTE EL INGRESO SE CENTRA EN EL DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD Y EN EL TRATAMIENTO DE LA MISMA, ASÍ COMO EVITAR LA MORTALIDAD; PERO TAN IMPORTANTE COMO ESTO ES EL ESTADO FUNCIONAL Y LA CALIDAD DE VIDA DESPUÉS DEL INGRESO. CON FRECUENCIA, Y SOBRE TODO EN PACIENTES AÑOSOS COMO SON LA MAYORÍA DE LOS QUE INGRESAN EN NUESTRO SERVICIO, PODEMOS OBSERVAR, COMO PACIENTES QUE PUEDEN SER DADOS DE ALTA HOSPITALARIA POR PRESENTAR UNA MEJORA A NIVEL CLÍNICO, PRESENTAN DIFICULTADES A NIVEL FÍSICO Y MENTAL TRAS EL INGRESO QUE GENERA UNA DESADAPTACIÓN DE SU ENTORNO PREVIO Y LA DIFICULTAD QUE ESTO GENERA TAMBIÉN PARA LA FAMILIA O PERSONAL RESPONSABLES DE SU CUIDADO. EN EL DESARROLLO DE ESTE DETERIORO FUNCIONAL INFLUYEN VARIOS FACTORES. ENTRE ELLOS: 1. LA SITUACIÓN FRÁGIL DEL ENFERMO, DEFINIDA ENTRE OTROS POR: LA EDAD, EL DETERIORO COGNITIVO Y DEPENDENCIA PREVIOS, COMORBILIDAD, POLIMEDICACIÓN, MALNUTRICIÓN.; 2. LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD POR LA QUE ESTÁ INGRESADO Y EL TIEMPO DE ESTANCIA QUE ESTA IMPLICA Y 3. PROBLEMAS A NIVEL ESTRUCTURAL/ DE DINÁMICA HOSPITALARIA (CONFINAMIENTO EN CAMA, PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN ...). ESTA DIFICULTAD EN LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL DE ESTE TIPO DE PACIENTES DEBE SER MANEJADA PRECOZMENTE DURANTE EL INGRESO, CON EL OBJETIVO DE PROMOVER UNA MEJOR ADAPTACIÓN EN SU ENTORNO AL ALTA

RESULTADOS ESPERADOS

-MINIMIZAR LO POSIBLE EL DETERIORO FUNCIONAL DURANTE EL INGRESO
-MEJORAR LA CALIDAD DEL VIDA DEL PACIENTE TRAS EL INGRESO HOSPITALARIO
-CONCIENCIAR AL EQUIPO SANITARIO DE LA NECESIDAD DE LA MOVILIZACION PRECOZ Y LOS BENEFICIOS DE LA MISMA

MÉTODO

REUNIÓN ENTRE LOS DISTINTOS PROFESIONALES DEL EQUIPO (MÉDICOS, ENFERMERIA, AUXILIARES) PARA IDENTIFICAR LA POBLACIÓN EN RIESGO, PUESTA EN COMÚN DE EXPERIENCIAS Y OPINIONES ACERCA DE LA SITUACION ACTUAL.
-CLASIFICAR A LA POBLACION QUE INGRESA EN NUESTRO SERVICIO CON MAYOR RIESGO DE DESARROLLAR UN DETERIORO FUNCIONAL (% PACIENTES GERIÁTRICOS, %ANCIANO FRÁGIL, % ANCIANO SANO CON ENFERMEDAD AGUDA), SEGÚN:
*EDAD
*COMORBILIDAD (INDICE DE CHARLSON)
*ESTAR INSTITUCIONALIZADO O NO
*DEPENDENCIA PARA ABVD PREVIA (I. BARTHEL)
-IDENTIFICAR PACIENTES (%) A LOS QUE SE HA APLICADO UNA MOVILIZACION PRECOZ (<48h), EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS, COMPARANDO RESPECTO A LOS QUE NO SE HAYA APLICADO DICHO PLAN.
-COMUNICACION DE RESULTADOS CON UNA SESIÓN CLINICA AL RESTO DE PERSONAL DE PLANTA PATA FACILITAR LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0105

1. TÍTULO

MOVILIZACION PRECOZ Y OTRAS NUEVAS MEDIDAS PARA EVITAR EL DETERIORO FUNCIONAL DEL ENFERMO ANCIANO HOSPITALIZADO

INDICADORES

- IDENTIFICAR PACIENTES INGRESADOS CON MAYOR RIESGO DE DESARROLLAR UN DETERIORO FUNCIONAL: %PACIENTES GERIÁTRICOS, %ANCIANO FRÁGIL, % ANCIANO SANO CON ENFERMEDAD AGUDA .
- SITUACION FUNCIONAL EN LA QUE INGRESA EL PACIENTE (BARTHEL Y VALORACIÓN SUBJETIVA DEL CUIDADOR/ PROFESIONAL SANITARIO)
- IDENTIFICAR A LOS PACIENTES A LOS QUE SE HA APLICADO LA MOVILIZACION PRECOZ
- TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA
- SITUACION FUNCIONAL AL ALTA (BARTHEL Y VALORACIÓN SUBJETIVA DEL CUIDADOR/ PROFESIONAL SANITARIO)

DURACIÓN

REGISTRO DE CASOS A PARTIR DE ENERO DE 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0605

1. TÍTULO

PROPUESTA DE HUMANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD CLINICA

Fecha de entrada: 09/12/2020

2. RESPONSABLE PILAR MEDRANO MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LACOMA MERCEDES
ABAD RUIZ ALODIA
OLIVAN GARCES SARA
POLO BLASCO MARIA CARMEN
MOLES ARCOS BARBARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones previas a la pandemia

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Ninguno

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Por la situación sanitaria actual, se paralizó el proyecto

7. OBSERVACIONES.
Se reanudara cuando sea posible por la situación sanitaria

*** ===== Resumen del proyecto 2019/605 ===== ***

Nº de registro: 0605

Título
PROPUESTA DE HUMANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD CLINICA

Autores:
GARCIA LACOMA MERCEDES, ABAD RUIZ ALODIA, MEDRANO MARTINEZ PILAR, OLIVAN GARCES SARA, POLO BLASCO MARIA CARMEN, MOLES ARCOS BARBARA

Centro de Trabajo del Coordinador: USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Cuando las personas enferman pasan a encontrarse en una situación de vulnerabilidad y fragilidad mayor en la que el riesgo de que su dignidad como persona se vea afectada también crece. El miedo, la incertidumbre, el desconocimiento, el sufrimiento y el dolor que viven hace que en muchas ocasiones dejen su enfermedad en manos de profesionales a los que se les presupone una calidez, capacidad de escucha y empatía, que en muchas ocasiones no se da. Bien por cuestiones personales, por falta de preparación, por falta de tiempo debido a la importante carga asistencial, por muchas razones que a veces se escapan a nuestro control aun siendo conscientes de las consecuencias que tienen para los pacientes. Nos encontramos que, en muchas ocasiones, cuando un paciente ingresa en un hospital, se ve afectado su entorno, su intimidad, sus pertenencias, comparte espacio con desconocidos y también la información relativa a su proceso, puede llegar a identificarse como un número de habitación, por cuestiones de operatividad etc. En estas condiciones de despersonalización no podemos hablar de calidad asistencial y se hace imprescindible poner en el centro de nuestra atención la HUMANIZACIÓN. Como vemos el foco en la Humanización se hace necesario, y más aún, si tenemos en cuenta que son los propios pacientes los que lo demandan como tal. Así quedó reflejado en el Foro Aragonés de Pacientes en el que se reclamaba al Gobierno de Aragón y Plan de humanización de la asistencia sanitaria. Es cierto que a las barreras para la humanización son múltiples. Burocracia, tecnificación, carga

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0605

1. TÍTULO

PROPUESTA DE HUMANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD CLINICA

asistencial, leguaje tecnificado, exceso de demanda y utilización de servicios sanitarios formación, falta de formación en comunicación y relación de ayuda de los profesionales, la falta de coordinación entre servicios y profesionales, el aumento de las exigencias de los ciudadanos, etc. No obstante, hemos de tener presente que, a pesar de todas ellas, todos los profesionales somos responsables de crear un espacio humanizado, en el que paliemos el sufrimiento humano y generemos actitudes y conductas humanizantes.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Analizar las etapas y procesos asistencial que lleva un paciente que ingresa en Hospital de Barbastro.
- 2- Definir y catalogar las posibles "barreras" u "obstáculos" (comunicación, empatía, cosificación..) con los que se han podido encontrar los pacientes a lo largo de su proceso asistencial que pudieran llevarles a la despersonalización y/o deshumanización de su proceso.
- 3- Elaborar diagnóstico de expectativas, necesidades y demandas de los grupos de interés (pacientes, familiares y profesionales) relacionados con la humanización de la asistencia sanitaria.
- 4- Identificar y conocer iniciativas de humanización de otras organizaciones sanitarias.
- 5- Elaborar una propuesta de humanización del proceso asistencial en unidades clínicas. tras el estudio de realidad y diagnóstico realizados.
- 6- Realización de análisis DAFO de la propuesta final.
- 7- Planificar y programar actividades para desarrollo de la propuesta.

MÉTODO

El proyecto lo vamos a llevar a cabo desde la Subcomisión de Comunicación dentro de la Comisión de Paliativos del Sector de Barbastro.

Nos reuniremos a lo largo de este año con una frecuencia mínima bimensual para poner en común los aspectos que vayamos trabajando.

Empezaremos por el objetivo de análisis de las etapas y procesos asistencial que lleva un paciente que ingresa en Hospital de Barbastro que trabajaremos conjuntamente con el objetivo de integrarlas todas las componentes del grupo y poder definir los elementos despersonalizadores y deshumanizantes con más detalle.

Para elaborar diagnóstico de expectativas, necesidades y demandas de los grupos de interés (pacientes, familiares y profesionales) relacionados con la humanización de la asistencia sanitaria nos planteamos hacer una revisión de planes de otras organizaciones sanitarias y llevar a cabo algún grupo focal con objeto de comprobar si son coincidentes o no los diferentes elementos de nuestro diagnóstico.

Con el diagnóstico realizado y las propuestas recogidas de otras instituciones, elaboraremos la nuestra propia incluyendo en ella el análisis DAFO, con cuya identificación de fortalezas, oportunidades, amenazas y debilidades nos podamos plantear actividades y propuestas de cara al desarrollo de nuestro proyecto.

INDICADORES

No procede indicadores por el tipo de planteamiento de proyecto puesto que no es medible.

DURACIÓN

- Marzo 2019 a febrero de 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 - 2019/0773

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA HIGIENE PERSONAL EN PACIENTES AUTONOMOS INGRESADOS E IMPLEMENTACION DE MEDIDAS EDUCACIONALES

Fecha de entrada: 22/01/2021

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES ALPIN DE MUR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BROTO GABARRE MARTA
ALIAGA OBENSA PILAR
LACOSTA RUBIO MARIA DEL MAR
CALVO SANCERNI BEATRIZ
ROLDAN MORENO LAURA
MUZAS SUBIAS MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan 25 trípticos explicativos, seleccionamos a los pacientes que cumplen los requisitos para este proyecto y se les proporciona dicho tríptico con la debida explicación . También se procede al reparto del material como jabón, cepillo y pasta dentífrica. Realizamos una recogida breve de la información con respecto a la forma y condiciones de vida de los pacientes para saber si son aptos o no para el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En seguimiento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En seguimiento

7. OBSERVACIONES.

En seguimiento

*** ===== Resumen del proyecto 2019/773 ===== ***

Nº de registro: 0773

Título
EVALUACION DE LA HIGIENE PERSONAL EN PACIENTES AUTONOMOS INGRESADOS E IMPLEMENTACION DE MEDIDAS EDUCACIONALES

Autores:
ALPIN DEMUR MARIA ANGELES, ROLDAN MORENO LAURA, ESCAR FONDEVILA MARIA VICTORIA, BROTO GABARRE MARTA, ALIAGA OBENSA PILAR, LACOSTA RUBIO MARIA DEL MAR, MUZAS SUBIAS MARIA JOSE, CALVO SANCERNI BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Deficit de higiene personal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Optimizar la higiene personal y salubridad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La percepción de la enfermera sobre la higiene personal en pacientes autónomos ingresados en una planta de Especialidades Médicas muestra un déficit significativo con respecto a pacientes dependientes, cuya higiene está a cargo del personal de Enfermería (Enfermeras y TCAE).
El déficit en la higiene de manos y boca en pacientes ingresados con diferentes diagnósticos, pero con movilidad dentro de la habitación/planta, puede ocasionar la transmisión de enfermedades infecciosas, el deterioro de la propia salud, imagen y relaciones de convivencia.
Hay evidencia que las enfermedades nosocomiales se transmiten por las manos y de hecho se han realizado campañas exhaustivas de concienciación dirigidas al personal sanitario, pero no se han realizado enfocándolas en el paciente y acompañantes.
Hay un porcentaje de pacientes ingresados, no evaluado, que presentan un déficit higiénico significativo, bien debido a su procedencia social, a la soledad o por efecto de la enfermedad que padece.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0773

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA HIGIENE PERSONAL EN PACIENTES AUTONOMOS INGRESADOS E IMPLEMENTACION DE MEDIDAS EDUCACIONALES

La acción enfermera para mejorar esa situación de déficit esta limitada por:

- a) El respeto a la condición del paciente y por no herir su sensibilidad.
 - b) Por la ausencia de un protocolo de higiene personal, y su aplicación sistemática durante el ingreso.
- La aplicación de un protocolo de higiene, especialmente el lavado y cuidados de las manos, y la higiene bucal, permitiría:
1. Mejorar autoestima, autoimagen y estado de salud del paciente.
 2. Mejorar la salubridad y la convivencia en nuestra unidad de hospitalización.
 3. Reducir la transmisión de infecciones nosocomiales, entre otras medidas de protección.
 4. Realizar un proceso educacional que pueda tener continuidad tras el alta.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Implementar medidas de higiene personal y salubridad en pacientes autónomos ingresados en una planta de hospitalización
2. Desarrollar un protocolo de actuación de Enfermería con respecto la higiene de los pacientes autónomos.
3. Aplicación inicial en la Unidad de Enfermería de Especialidades, con extensión posterior al resto del hospital.

MÉTODO

1. Diseño y elaboración de un díptico informativo para entregar a los pacientes a su ingreso en planta, con las pautas recomendadas de higiene personal (documento 2)
2. Identificación del paciente autónomo a partir de la hoja de Valoración Enfermera al ingreso.
3. Valoración de la higiene y cuidado de las manos y boca mediante encuesta y observación (para ello será necesaria la elaboración del documento 1).
4. Educación para la salud : Informar y convencer al paciente del cumplimiento de las normas explicadas en el díptico informativo y mantener el estímulo diario de higiene personal. (documento 2).
5. Proveer de material: jabón, papel secante y kit para la higiene bucal a todos los pacientes autónomos que no dispongan de ello ni tengan medios para conseguirlos.
6. Evaluar si el programa de educación es efectivo. Evaluación al alta de la higiene de manos y boca mediante encuesta (documento 3).
7. Revisión bibliográfica del tema
8. Difusión de los resultados y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

INDICADORES

1. La cantidad de jabón y pasta dentífrica y papel secante que se gasta en un mes en la planta.
2. Elaboración de díptico (Sí / No)
3. Evaluación al ingreso: % de pacientes con un estado de aseo "Descuidado" y % de pacientes con "Mal estado".
4. Evaluación al alta: % de pacientes con estado de aseo "Descuidado" y % de pacientes con "Mal estado".
5. Valorar una disminución del 25% de pacientes con "Descuidado/Mal estado de aseo personal" tras la aplicación del proceso educativo.

DURACIÓN

El periodo de elaboración y diseño de la actividad comprenderá 1 mes y medio, del 15 de mayo a 30 de junio. Incluirá reuniones semanales del equipo de mejora que elaborara: a) las hojas de evaluación inicial y final, b) la hoja informativa / díptico para la educación del paciente, y c) el diseño de un estudio estadístico de los resultados. La aplicación de la actividad educacional se desarrollará durante 3 meses, del 1 de septiembre a 30 de noviembre. Durante el mes de diciembre se evaluarán los resultados de la actividad, con un informe de los resultados.

OBSERVACIONES

Sería satisfactorio para los ingresados y cuidadores disponer de gel y papel secante, para poder realizar el acto más importante para la prevención nosocomial fácilmente.

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) . :
ATENDE LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0811

1. TÍTULO

MEJORA EN EL INTERCAMBIO DE COMUNICACION EN EL CAMBIO DE TURNO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA PLANTA DE ESPECIALIDADES MEDICAS

Fecha de entrada: 28/12/2020

2. RESPONSABLE INMACULADA PEYRET FERRER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANMARTIN LOBERA PAULA
ALTEMIR CORTES MARIA
RODRIGUEZ RODRIGUEZ EMILIA
CRUELLAS SATORRES EDUARDO
MUZAS SUBIAS MARIA JOSE
BUERA PANO LETICIA
CABRERIZO MUZAS ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Numero lo realizado en 2020:

FEBRERO 2020: Se han recogido 30 partes correspondientes a diferentes días y cumplimentados por distintos miembros del personal. Analizados, se observa que están totalmente cumplimentados un 72% de la muestra. En un 28% todavía hay algún error de actualización.

Elaboramos la encuesta de evaluación que consta de 8 preguntas.

MARZO 2020: La programación que habíamos pautado se pospone, puesto que comenzamos a convivir con la nueva situación provocada por la pandemia, lo cual nos supone la modificación de planillas de turnos de trabajo, que unido al estrés y a la adaptación a la nueva situación hace imposible que podamos invertir mas tiempo en finalizar este proyecto. Sí que hemos adaptado las hojas de parte según el nuevo reparto de pacientes y la distribución durante el tiempo que hemos estado con pacientes Covid en nuestra planta.

MAYO 2020: Tras la "pseudonormalización" de nuestros turnos de trabajo, retomamos el tema y pasamos la encuesta de 8 preguntas que habíamos elaborado, al resto de la plantilla.

Damos plazo de 2 semanas para la cumplimentación.

JUNIO 2020: Análisis de las encuestas.

- El 94% de los encuestados cree muy necesaria la comunicación Enfermera-Tcae.
- El 85% se encuentra satisfecho con la utilización del soporte papel en el parte de Tcae. Todos los ítems contemplados en él se consideran adecuados.
- Con respecto a la actualización de la pizarra siguen detectándose errores.
- La opinión general es que todo el personal sigue la pauta de poner en común al inicio del turno los pacientes compartidos en cada equipo enfermera-Tcae. Así fue implementado en este plan de mejora y ha pasado a ser una rutina. Cuando se ha incorporado personal nuevo, ésta es una de las normas principales que se le explican.
- Respecto a la modificación de datos, la respuesta es unánime en cuanto a que cada profesional al final de su turno habrá actualizado la información referente a sus pacientes y así lo reflejará al transmitirla a su relevo.
- El 90% está de acuerdo en que siempre contamos con remanente de hojas de parte limpias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Vistos y analizados los resultados de la encuesta, todos los miembros del equipo nos mostramos satisfechos ante las mejoras implementadas. Hemos observado que la mayor parte del personal de la planta aplica las medidas propuestas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para que el cuidado a nuestros pacientes sea pleno, tiene que haber una continuidad en la información de la que disponemos los profesionales que somos responsables de él. Sabemos que esta comunicación debe aportar datos objetivos básicos para un adecuado soporte de cuidados. Somos conscientes de que los profesionales que trabajamos en la planta formamos un equipo. Por tanto, instauramos unos minutos de puesta en común entre enfermera y Tcae al inicio del turno de trabajo, una vez que cada uno de los profesionales haya recibido su correspondiente relevo. Esta dinámica de trabajo nos hace ser más eficientes. Además del intercambio de información oral, necesitamos un medio escrito como base y como refuerzo. Queda también instaurado el uso de un parte escrito por los Tcae, que mantiene una eficaz continuidad de cuidados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/811 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0811

1. TÍTULO

MEJORA EN EL INTERCAMBIO DE COMUNICACION EN EL CAMBIO DE TURNO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA PLANTA DE ESPECIALIDADES MEDICAS

Nº de registro: 0811

Título
MEJORA EN EL INTERCAMBIO DE COMUNICACION EN EL CAMBIO DE TURNO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA PLANTA DE ESPECIALIDADES MEDICAS

Autores:
PEYRET FERRER INMACULADA, SANMARTIN LOBERA PAULA, ALTEMIR CORTES MARIA, RODRIGUEZ RODRIGUEZ EMILIA, CRUELLAS SATORRES EDUARDO, MUZAS SUBIAS MARIA JOSE, BUERA PANO LETICIA, CABRERIZO MUZAS ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Un intercambio de comunicación productivo y eficaz entre los distintos profesionales del equipo en una planta de hospitalización es básico para una adecuada atención al paciente.
Para fomentar la seguridad a nivel hospitalario, una de las soluciones que propone la OMS es la mejora de la comunicación. Debe ser una comunicación constructiva.
La continuidad en el seguimiento del paciente es primordial para una evolución adecuada de su patología. Nos encontramos en una planta de hospitalización en la que Enfermería realiza turnos de 12 horas y TCAE turnos de 8 horas. Con frecuencia acude personal ajeno a la planta, que realiza sustituciones en días de libranza del personal habitual, cubre situaciones de baja por enfermedad, permisos...
Al no ser siempre el mismo personal, es difícil un seguimiento continuo del paciente, por lo que hemos detectado que se pierde información en los cambios de turno.
Se pretende unificar criterios concernientes a la información básica que se debe dar en el relevo o parte en cada cambio de turno, tanto entre enfermera-Tcae, como Tcae-Tcae y viceversa.
Ha de incidir en las variables que hayan variado de su curso normal dentro del turno, informando de cualquier cambio relevante, cualquier excepción: ayunas, pruebas, intervenciones...
Esto complementa la información que se deja por escrito, de todas las actividades que llevamos a cabo en nuestro proceso de cuidados.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir la pérdida de información importante para el proceso de cuidados del paciente, que se pierde en los cambios de turno.
- Mejorar la calidad de atención a nuestros pacientes.
- Mejorar la comunicación entre el personal implicado en la atención al paciente, dentro de la planta de hospitalización.

MÉTODO

- Diseñar una encuesta a cumplimentar por el personal en plantilla de nuestra planta, para verificar el porcentaje de personas que consideran necesario una modificación en la forma de dar el parte en el cambio de turno.
- Reuniones periódicas de los miembros del equipo de mejora para puesta en común y toma de decisiones.
- Revisión y búsqueda bibliográfica de modelos.
- Revisión del formato utilizado hasta la actualidad.
- Elaboración de modelos de parte para transmisión de información entre los distintos profesionales.
- Sesión informativa
- Evaluación del proyecto y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora.

INDICADORES

Se realizará una encuesta a los miembros del equipo de hospitalización en la que evalúen la efectividad, practicidad, agilidad del modelo utilizado.
Inicialmente se realizará una revisión para cuantificar los errores que se observan con el formato actual de modelo de parte y cifrar el porcentaje de errores observados.
Tras el diseño del nuevo modelo, aceptación e implementación, se recogerá nueva muestra al azar de hojas una vez cumplimentadas, para comprobar el porcentaje de errores y cuantificar la mejora.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0811

1. TÍTULO

MEJORA EN EL INTERCAMBIO DE COMUNICACION EN EL CAMBIO DE TURNO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA PLANTA DE ESPECIALIDADES MEDICAS

DURACIÓN

Marzo 2019: Diseño encuesta previa para definir necesidades.

Abril 2019: Revisión modelo actual para cuantificar porcentaje errores. Cumplimentación encuesta por parte del personal.

Abril a Junio 2019: Acciones de mejora.

Junio 2019: Sesión informativa al personal de la planta para difusión nuevo modelo diseñado.

Diciembre 2019: Evaluación del proyecto mediante nueva encuesta al personal de la planta.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0013

1. TÍTULO

MEJORA DE LA RECOGIDA, ALMACENAJE Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE MICROBIOLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 23/12/2020

2. RESPONSABLE PILAR ROBRES GUILLEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREIRA BOAN JAVIER
LACOMA ABADIA ANA
COSTA CATALAN PALOMA
LOPEZ SANCHEZ BELEN
MORERA TARDOS MARIA PILAR
GARCIA MINGUEZ MARIA
CLEMENTE ROLDAN EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La memoria del año anterior se envió a finales de febrero de 2020, días antes de que comenzara todo lo relacionado con la pandemia COVID.

El laboratorio de microbiología ha visto aumentada su carga de trabajo muchísimo en este periodo, por lo que ha resultado imposible continuar con los objetivos planteados al inicio del proyecto.

Pese a ello, la coordinación con Atención Primaria ha sido destacable desde que comenzó la pandemia, tanto con la Dirección de Atención Primaria como con los referentes de cada Centro de Salud (CS). Esta coordinación tan exquisita, ha permitido la información diaria al Servicio de Microbiología sobre el número de PCR que se van a recibir al día siguiente, así como de los posibles brotes para los que hay que realizar una gran cantidad de pruebas. Esto ha logrado planificar la actividad del laboratorio, con el fin de evitar la sobrecarga cuando ha sido posible.

Por otro lado, se ha llegado a acuerdos con Atención Primaria respecto a los criterios de envío de muestras PCR y los volantes que se envían, que ha mejorado mucho a lo largo del tiempo.

También se realizó un documento común "RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS-PCR DE PACIENTES SOSPECHOSOS DE COVID DESDE ATENCIÓN PRIMARIA" en el que se resumen dichos acuerdos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Los ya contemplados en la memoria del año 2019
- Mejor coordinación con dirección de atención primaria y con los Equipos de AP
- Protocolo "RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS-PCR DE PACIENTES SOSPECHOSOS DE COVID DESDE ATENCIÓN PRIMARIA" aprobado e implantado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos gustaría continuar con el proyecto el año que viene para alcanzar los objetivos que se plantearon al inicio del mismo, los cuales alcanzaremos debido a la mejora de la coordinación con Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/13 ===== ***

Nº de registro: 0013

Título
MEJORA DE LA RECOGIDA, ALMACENAJE Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE MICROBIOLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

Autores:
ROBRES GUILLEN PILAR, PEREIRA BOAN JAVIER, CATENA LACOMA MARIA JOSE, COSTA CATALAN PALOMA, LOPEZ SANCHEZ BELEN, GALINDO SERRANO IZARBE, MORERA TARDOS MARIA PILAR, GARCIA MINGUEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0013

1. TÍTULO

MEJORA DE LA RECOGIDA, ALMACENAJE Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE MICROBIOLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La actividad del Laboratorio de Microbiología está orientada esencialmente al diagnóstico microbiológico de las enfermedades infecciosas, cuyo diagnóstico depende de la calidad de las muestras clínicas recibidas. Las muestras mal recogidas, conservadas y transportadas de forma inadecuada pueden implicar errores en el diagnóstico y tratamientos inadecuados. La existencia de un Manual de Toma de Muestras actualizado, consensuado y disponible para el personal sanitario es esencial para que la actividad del Laboratorio de Microbiología se desarrolle de forma eficaz, eficiente y con criterios de calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Publicar normas comunes de recogida, almacenaje y transporte de muestras microbiológicas para todos los EAPs (Equipos de Atención Primaria) del Sector
- Optimizar los diagnósticos y hallazgos en el Servicio de Microbiología
- Disminuir los errores y muestras en malas condiciones que llegan al servicio de Microbiología (muestras inadecuadas)
- Mejora de la conservación, almacenaje y transporte de las muestras en los centros de salud
- Mejorar la comunicación entre AP y microbiología, con especial hincapié en las muestras inadecuadas
- Adecuar en la medida de lo posible las neveras de los Centros de Salud y las neveras de transporte

MÉTODO

- Crear un grupo de trabajo
- Publicar Manual de recogida y transporte de muestras para microbiología
- Difundir el manual entre los EAPs del sector, extensible a servicios hospitalarios
- Revisar las condiciones actuales de conservación en los CS y transporte de muestras al hospital; así como el material disponible para toma de muestras en los CS

INDICADORES

- Reuniones del grupo
- Manual publicado
- Sesiones de formación en los CS
- Número de muestras inadecuadas recibidas en el Laboratorio de Microbiología tras la difusión del Manual de Toma de Muestras (<2% del total de muestras)
- Número de muestras mal transportadas recibidas tras la difusión del Manual (<2% del total de muestras)

DURACIÓN

Manual aprobado y publicado: Mayo 2019
Sesiones de formación en los CS: Mayo-Junio 2019
Recogida de indicadores y seguimiento: Julio 2019 a diciembre 19
Evaluación indicadores: Enero 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 - 2019/0490

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE HEMOCUÑTIVOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 21/01/2021

2. RESPONSABLE MARIA JOSE CATENA LACOMA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROBRES GUILLEN PILAR
OTTO NOGUERO MARIA PAZ
PEREZ RUEDA NOELIA
GONZALEZ PAVON LAURA
BARRIGA CONDE ANA MARIA
LANAO SENZ PILAR
PUYAL MELE ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE REALIZO UNA ENCUESTA QUE SE LE PASO A LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN QUE ACTUALMENTE SE ESTA VALORANDO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Seguimiento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL PROYECTO ESTA EN SEGUIMIENTO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/490 ===== ***

Nº de registro: 0490

Título
PROYECTO DE MEJORA DE HEMOCULTIVOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
CATENA LACOMA MARIA JOSE, ROBRES GUILLEN PILAR, OTTO NOGUERO MARIA PAZ, PEREZ RUEDA NOELIA, GONZALEZ PAVON LAURA, BARRIGA CONDE ANA MARIA, LANAO SENZ PILAR, PUYAL MELE ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se define como bacteriemia y fungemia, a la presencia en sangre de bacterias y hongos, respectivamente. Procesos asociados a una mortalidad elevada, que puede oscilar entre el 10-30% según las series consultadas y el tipo de proceso. Debido a la importancia diagnóstica y pronóstica de la bacteriemia y de la fungemia, constituyen una de las prioridades del Laboratorio de Microbiología Clínica.

En la actualidad el hemocultivo sigue siendo el principal método de diagnóstico para determinar la etiología de una bacteriemia y/o fungemia. Su fácil realización lo hace asequible a cualquier centro y es el único método que hasta el momento permite el aislamiento del microorganismo viable, lo que es necesario para determinar su sensibilidad antibiótica. La utilidad del hemocultivo, sin embargo, está muy asociada a que se realice exclusivamente en pacientes con clínica compatible con bacteriemia porque la extracción en otras circunstancias incrementa el gasto sanitario y no aporta información clínicamente útil. Por otro lado, su valor práctico en el diagnóstico se ve perjudicado por el retraso en la obtención de resultados y porque no es positivo en todos los pacientes, siendo su rendimiento más bajo en aquellos pacientes en los que ya se ha instaurado tratamiento antibiótico o si la infección se produce por hongos, por bacterias de crecimiento lento o por aquellas con requerimientos especiales de crecimiento. Otro factor limitante clave es la elevada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0490

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE HEMOCUÑTIVOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

proporción de hemocultivos contaminados por microorganismos pertenecientes a la microbiota de la piel; este proceso genera errores diagnósticos, tratamientos inadecuados y ocasiona un elevado gasto económico para el sistema sanitario. Se acepta como tasa máxima de contaminación el 3% de los hemocultivos practicados. En 2018 en el Laboratorio de Microbiología del Hospital de Barbastro, se recibieron un total de 4101 extracciones de hemocultivo, procedentes de las diferentes unidades del Hospital de Barbastro y del CASAR de Fraga. De todos ellos, un 5,60% (n: 230) la interpretación del hemocultivo fue "contaminado" o "posible contaminación", porcentaje muy superior al aceptado en las guías que recordemos no debe ser superior al 3%. La aplicación de una buena metodología para la extracción y procesamiento de los hemocultivos es necesaria para el aislamiento de todos los microorganismos productores de bacteriemia y/o fungemia. Siendo muy importante que el profesional encargado de realizar la toma del hemocultivo conozca y reciba formación sobre el momento y el lugar de extracción, la cantidad de sangre que hay que obtener, la atmosfera de incubación de los frascos de cultivo, el número de extracciones y las condiciones de asepsia a seguir.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Conocer la variabilidad práctica de los DUE del Hospital de Barbastro y del CASAR de Fraga, sobre la técnica para la extracción de los hemocultivos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Reconocer los signos y síntomas que un paciente debe presentar para la extracción de hemocultivos por parte de los profesionales de enfermería.

Determinar las condiciones de asepsia/esterilidad de la técnica.

Establecer la utilización (desinfección, orden de llenado, volumen, cambio de aguja) de los frascos de hemocultivo.

MÉTODO

1º Realizar un estudio descriptivo observacional transversal mediante la entrega de un cuestionario para autocumplimentación a los profesionales de enfermería del Hospital de Barbastro y del CASAR de Fraga, incluyendo variables cualitativas y cuantitativas sobre la extracción de hemocultivos. Periodo estimado: 1 mes.

2º Realizar una charla informativa de los resultados obtenidos, así como formativa sobre el protocolo a seguir en la extracción de hemocultivos. Elaboración de protocolo de actuación y posters recordativos de la técnica.

3º Evaluar con la entrega de un nuevo cuestionario al personal de enfermería en diciembre del 2019 y con la valoración de los resultados de los hemocultivos, si ha existido variabilidad en el número de hemocultivos contaminados en el Hospital de Barbastro y CASAR de Fraga entre el antes y el después de la acción correctiva.

INDICADORES

- Número de extracciones de hemocultivo "contaminados" o "posiblemente contaminados" en 2019.

DURACIÓN

- Entrega cuestionario al personal de enfermería del Hospital de Barbastro y del CASAR de Fraga, entre el 15 de marzo y el 15 de abril de 2019.

- Análisis de los resultados y elaboración de protocolo de actuación y posters, entre el 15 de abril y el 31 de mayo de 2019.

- Charla-taller formativo, primera quincena de junio de 2019.

- Entrega de segundo cuestionario al personal de enfermería del Hospital de Barbastro y del CASAR de Fraga, entre el 1 y 31 de diciembre de 2019.

- Análisis comparativos de los resultados entre el primer y el segundo semestre del 2019, en el primer trimestre del 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 - 2019/0200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA POTENCIAR LA CIRUGIA SEGURA EN GINECOLOGIA (HISTERECTOMIAS PROGRAMADAS)

Fecha de entrada: 04/01/2021

2. RESPONSABLE JESSICA VALERIA HERNANDEZ PIMENTA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARAGON SANZ MARIA ANGELES
CASTELLA SEGARRA MARTA
BERDALA CLEMENTE RAQUEL
PALLARES ARNAL VICTORIA
GIL GUILLEN LUISA
FERNANDEZ GRACIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se analizaron todas las histerectomías programadas realizadas en el servicio de ginecología del Hospital de Barbastro en el periodo comprendido entre el 1 enero 2020 al 31 diciembre 2020, recogiendo los datos de las variables (vía, indicación, complicaciones, peso, talla, hemoglobina antes y 1 día después de cirugía, transfusión de sangre, estancia hospitalaria, reingresos y reintervenciones). Posteriormente se ha comparado los resultados con años previos.

Se ha obtenido los datos de las pacientes mediante la historia clínica electrónica y los datos faltantes se consultaba la historia clínica física. Se analizaron los datos y posteriormente se compararon con datos anuales anteriores a partir del 2017. Posteriormente se presentarán los datos obtenidos con los ginecólogos del servicio para hacer una retroalimentación de los casos y comentar complicaciones más importantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se analizaron todas las histerectomías programadas realizadas en el Servicio de Ginecología en 2020. Se realizaron en total 49 histerectomías.

La vía abdominal se utilizó en un 40,81% de los casos y la vía vaginal en un 30,61%, siendo siempre de elección en los prolapsos genitales. Y el 28,57% por vía laparoscopia. Las indicaciones para realizar una histerectomía fueron: Útero Polimiomatoso/Sangrado menstrual abundante (53,06%), Prolapso genital (36,73%), CIN 2-3/HSIL persistente (6,12%) y por patología maligna (4,08%), con un caso de leiomiomas uterino y carcinoma microinvasor de cérvix.

La edad media de las pacientes fue de 54 años, en el caso de la histerectomía abdominal fue de 49 años, en la vaginal de 67 años y en laparoscopia 51 años. El porcentaje de complicaciones generales fueron del 28,57%, la vía laparoscópica fue la que menos complicaciones tuvo (21,43%), las vaginales (26,67%) y la cirugía abdominal (35%).

De las complicaciones más frecuentes, la anemia moderada-grave resultó en un 10,20% de las histerectomías, en las abdominales (15%), en las vaginales (13,3%) y en laparoscopias (0%). Sin embargo, solamente se ha transfundido sangre a 3 pacientes (6,12%) y la administración de hierro intravenoso a 2 pacientes (4,08%). Tras una histerectomía se disminuye en media 1.93 gr/dl de hemoglobina.

El hematoma de cúpula vaginal se observó en 10,20%, la fiebre ocurrió en 6,12%, la infección de orina en 4,08% y la lesión vesical en 4,08% (un caso se suturó intraoperatoriamente y el otro una sospecha por hematuria tratada con sondaje vesical).

La estancia hospitalaria media tras histerectomía programada fue de 3.74 días, 4.73 días para la histerectomía abdominal, de 3.18 días para la vaginal y de 3.12 días para la laparoscópica.

Se reingresó al hospital solamente a una paciente (2,04%), al 18º día postoperatorio por íleon paralítico que se resolvió con sonda nasogástrica y tratamiento médico.

El porcentaje de reintervención fue del 2,04%, se reoperó a una paciente, a la cual, se le tuvo que reoperar en 2 ocasiones, la primera vez por hematoma de cúpula y la segunda ocasión por oclusión intestinal.

En un análisis comparativo de las histerectomías realizadas en 2017, 2018, 2019 y 2020. Las complicaciones fueron de 31.90%, 32.43%, 27,69% y 28,57%, respectivamente, por lo tanto, se puede decir que los últimos 2 años se han mantenido en porcentaje de complicaciones. Además, el porcentaje de anemia fue el menor de todos los años previos, (36.14% en 2017, 17.57% en 2018, 11.94% en 2019 y 10.20% en 2020). Así como la menor estancia hospitalaria media: 2017(4,06 días), 2018(4,65días), 2019(3,9días) y 2020 (3,74días).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El 2020, fue un año complicado debido a la pandemia del Coronavirus, durante el mes de abril se canceló el quirófano programado de ginecología y no se realizó ninguna histerectomía, además de cancelarse consultas de ginecología y con ello la disminución en la indicación de cirugía y por promover el tratamiento médico. En total se realizaron 49 histerectomías, comparado con años previos 2017, 2018 y 2019 (respectivamente 82, 74 y 65), se realizaron menos histerectomías programadas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA POTENCIAR LA CIRUGIA SEGURA EN GINECOLOGIA (HISTERECTOMIAS PROGRAMADAS)

El 28,57% de las pacientes histerectomizadas tuvieron alguna complicación, la mayoría de los casos leves y solo 2 pacientes (4,08%) fueron complicaciones graves (1 reintervenida y 1 reingresada). El porcentaje de complicaciones de las histerectomías dependiendo de la vía fueron: abdominal (34.78%) versus vaginal (31.82%) y laparoscópica (28,57%).

Por lo tanto, se puede afirmar que, en el 2020, a pesar de la situación, fue un éxito de la histerectomía vía laparoscópica, con menos porcentaje de complicaciones, menor estancia hospitalaria media, recuperación más rápida y menos anemia comparado con las otras vías. Además, no se tuvo que reconvertir hacia abierta a ninguna laparoscopia. Esto nos hace concluir que hay que seguir promoviendo la vía laparoscópica cuando este indicada.

METODOS Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR:

- Seguir cumpliendo con las indicaciones de histerectomía.
- Valorar el tratamiento previo a la cirugía a las pacientes propuestas para histerectomía por sangrado menstrual abundante o miomas (tratamiento con análogos GN-Rh, anticonceptivos, gestágenos o hierro) para intervenir en mejores condiciones.
- Seguir impulsado la histerectomía vía laparoscópica.
- Propugnar en la medida de lo posible altas precoces.

7. OBSERVACIONES.

Para valorar la anemia por protocolo en la vía clínica se solicitaba un hemograma al día siguiente de la intervención. Cabe mencionar que para definir la variable anemia, hemos utilizado los valores propuesto por la OMS de anemias moderadas-graves (una Hemoglobina <10mg/dl).

*** ===== Resumen del proyecto 2019/200 ===== ***

Nº de registro: 0200

Título
PLAN DE MEJORA PARA POTENCIAR LA CIRUGIA SEGURA EN GINECOLOGIA (HISTERECTOMIAS PROGRAMAS)

Autores:
HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA, ARAGON SANZ MARIA ANGELES, GARCIA LASHERAS ANA JULIA, GUARDIA DODORICO LORENA, CASTELLA SEGARRA MARTA, MARTI GAMBOA SABINA, LATRE SASO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La histerectomía, es la operación programada más realizada en el servicio de ginecología, que se utiliza en el tratamiento de diversas patologías ginecológicas tanto benignas como malignas. Esta se puede realizar por diversas vías (abdominal, vaginal o laparoscópica).

En el 2018 en el Hospital de Barbastro se realizaron 74 histerectomías programadas. La vía abdominal se utilizó en un 54.05% de los casos y la vía vaginal en un 22.97% y el 22.97% por vía laparoscopia. La edad media de las pacientes fue de 57 años. El porcentaje de complicaciones generales fue del 32,43%, la vía laparoscópica fue la que más complicaciones tuvo (39.13%), la cirugía abdominal (35.29%) y las que menos se complicaban fueron las vaginales (17.65%). La estancia hospitalaria media tras histerectomía programada fue de 4.6 días. El 5.41% reingreso/reintervención.

RESULTADOS ESPERADOS

- Potenciar la cirugía segura para disminuir las complicaciones post-histerectomías.
- Valoración exhaustiva de la paciente prequirúrgicamente (indicación, vía, analíticas y tratamientos si precisa) con el objetivo de operar a las mujeres en las mejores condiciones posibles.
- Disminuir los días de estancia hospitalaria, reingresos y reintervenciones.
- Actualización de las vías clínicas de histerectomías.
- Disminución de tasas de conversión de cirugía laparoscopia a cirugía abierta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA POTENCIAR LA CIRUGIA SEGURA EN GINECOLOGIA (HISTERECTOMIAS PROGRAMADAS)

MÉTODO

Revisión y discusión de indicaciones quirúrgicas en sesión clínica del Servicio antes de introducirlas en lista de espera quirúrgica. Indicar tratamiento previo a la cirugía a todas las pacientes propuestas para histerectomía por sangrado menstrual abundante. Sugerir en mujeres obesas con patología no urgente pérdida de peso antes de cirugía. Revisión de los casos clínicos en los 15 días previos a la intervención para valorar las variables clínicas (hemograma, preoperatorio, etc.) y evitar suspensiones quirúrgicas. Revisión de protocolos quirúrgicos y seguimiento estricto para estandarizar la técnica quirúrgica por parte de todos los miembros del Servicio. Revisión de las vías clínicas del Servicio para estandarizar cuidados postoperatorios. Estandarización en tratamientos de anemia. Unificación en el manejo en caso de complicaciones. Recogida de datos de todas las intervenciones realizadas y las variables estudiadas. Revisar las indicaciones de histerectomía laparoscópica y/o vaginal asistida por laparoscopia para disminuir las tasas conversión a abierta. Evaluación y discusión del manejo de las complicaciones en sesión clínica.

INDICADORES

Analizar el 100% de las histerectomía programadas durante el 2019. Se obtendrán las siguientes variables: Edad, motivo de indicación, vía, IMC, Hemoglobina previa y posterior a la cirugía, días de estancia, transfusión sanguínea, hierro endovenoso, complicaciones, reingresos y reintervenciones.

DURACIÓN

El proyecto incluirá la revisión y seguimiento de todas las pacientes a las que se les ha realizado una histerectomía programada durante el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2019, se examinarán todas historias clínicas individualmente. En marzo-abril 2019 se actualizarán las vías clínicas de las histerectomías y se colgarán en la intranet para que el servicio este unificado. En mayo 2019 se revisan los datos obtenidos (mitad de proyecto) y se comentará en sesión de ginecología. En enero 2020 se concluirá la revisión de todos los casos y el análisis de los mismo. En enero-febrero 2020 se comunicarán los resultados en sesión del servicio.

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 - 2019/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12-14 AÑOS, PEDIATRIA MONZON-USMIJ

Fecha de entrada: 03/02/2021

2. RESPONSABLE MARTA RIVAS CALVETE
· Profesión ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA LACOMA MERCEDES
ARA USIETO MARISOL
LAMARCA GAY ROCIO
JAVIERRE MIRANDA ELENA
ALLUE BLANCO MARIA
LOPE DALMAU ISABEL
ANGEL VELASCO MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el primer trimestre de 2020 hasta el inicio de la Pandemia por COVID-19, se realizan las siguientes actividades:

- * Búsqueda y organización de número de niñas y niños de la franja de edad indicada, inicio de citaciones (fecha de inicio, marzo de 2020) tras consulta en pediatría.
- * Reuniones de Coordinación del Equipo ultimar carpetas individuales (test de detección, consentimiento informado, folleto explicativo del programa para la familia, enero y febrero), fecha de implementación de la actividad con los padres (entrevistas de las enfermeras de pediatría y Usmij con la familia y las niñas).
- * Se detiene la programación e implementación por pandemia COVID-19

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Imposible poder hablar de resultados, ya que la implementación del programa no pudo llevarse a cabo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la pandemia, hemos podido constatar un aumento significativo (triplicado los casos habituales de TCA) no sólo en Monzón, sino en toda la población que lleva la Usmij como Unidad en el Sector., de casos en USMIJ derivados por pediatría y médicos de familia, con un descenso de peso muy importante en un lapso de tiempo muy corto, con las connotaciones a nivel clínico que conlleva. Esta situación nos lleva a seguir planteándonos este Proyecto como muy útil de cara a prevenir y poder actuar de forma precoz la asistencia de estos casos.

7. OBSERVACIONES.

A

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1439 ===== ***

Nº de registro: 1439

Título
PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12-14 AÑOS, PEDIATRIA MONZON-USMIJ

Autores:
RIVAS CALVETE MARTA, ARA USIETO MARISOL, GARCIA LACOMA MERCEDES, LAMARCA GAY ROCIO, JAVIERRE MIRANDA ELENA, ALLUE BLANCO MARIA, LOPE DALMAU ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Salud Mental
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12-14 AÑOS, PEDIATRÍA MONZON-USMIJ

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) son problemas relevantes de salud mental que afectan principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes.

Desde la USMIJ, hemos podido constatar que año tras año aparecen casos derivados por médicos de familia a nuestra Unidad, entorno a los 14-17 años con un deterioro importante no sólo a nivel físico (peso entre 15-17 de IMC) sino también con una patología psicológica de años de evolución respecto a la comida que les lleva a esa desnutrición. Esta situación hace que tan sólo recibir el caso a la Unidad, la mayor parte de ellos deban ingresar a nivel hospitalario para poder ser valorados físicamente, instaurar una nutrición y alcanzar un peso mínimo con el que poder abordar el proceso. Por otro lado, el partir de un bajo peso (por debajo de 16) hace más costoso y difícil la recuperación no sólo a nivel físico sino también a nivel psicológico, alargándose en el tiempo el tratamiento, y consecuentemente el sufrimiento del paciente y la familia.

La edad de 14 años, en nuestra Comunidad Autónoma, supone el paso del paciente adolescente desde Pedatría a Médico de Familia, supone también la finalización de las revisiones periódicas que se realizaban en Pedatría, y el paciente acude a su médico cuando algún proceso leve le lleva él. Por ello posiblemente la familia contacta con el médico cuando los síntomas están ya instaurados (unido a la ocultación de los jóvenes de estos síntomas a sus familiares) y son evidentes para ellos, encontrándose el facultativo con el trastorno.

Desde Pedatría, son muchas las revisiones periódicas que se realizan, mucho más frecuentes cuando el niño o niña tiene corta edad, y se van espaciando en el tiempo a medida que el niño va creciendo y continúa sano. Con el desarrollo de los niños, en la pubertad, aunque los pediatras sondean respecto a los hábitos alimentarios, no disponen de protocolos que puedan incidir de forma expresa en la búsqueda de indicadores de posibles inicios de trastornos de la conducta alimentaria.

Es sabido que la edad en la que los adolescentes comienzan a tener pensamientos de adecuación o no con su imagen corporal comienzan tras el desarrollo puberal, es decir, desde los 12 a 14 años aproximadamente.

RESULTADOS ESPERADOS

Teniendo en cuenta lo anterior, y tras las coordinaciones con Pedatría, se ha decidido realizar este Programa conjunto entre Pedatría de Monzón y la UsmiJ del Sector de Barbastro con los siguientes objetivos:

- Detectar aquellos casos incipientes de jóvenes, hombres y mujeres, de entre 12 y 14 años que comienzan a tener pensamientos y actitudes desadaptativas relacionadas con la alimentación, la autoimagen, las emociones negativas, insatisfacción corporal, etc.
- Realizar un diagnóstico precoz de anorexia, bulimia, o TCANE (trastornos que no cumplen todos los criterios de anorexia o bulimia, que son los casos incipientes y posiblemente los más difíciles de detectar) y comenzar un tratamiento de los mismos en la UsmiJ.
- Reducir los ingresos hospitalarios de los pacientes con TCA

MÉTODO

- Revisión bibliográfica de la literatura científica, y de protocolos de otras comunidades autónomas (Andalucía, País Vasco, Cataluña, Canarias..)

- Reuniones de trabajo con Pediatras y UsmiJ:

*Elegir los métodos de Screening (EAT -28, SCOFF, ETC)

*Puntos de corte donde pasar los instrumentos: valorar conjuntamente de 12-14 años, cuántos puntos de corte se realizan para poder detectar a un adolescente que no tenga indicadores a una edad, pero pudiera tenerlos a los 6 meses por ejemplo. Debatirlo y concluir

*Realizar Hoja de Consentimiento Informado para los familiares y los pacientes

- Puesta en marcha del Screening, valorar si enfermera-pediatra; enfermera-componente de UsmiJ.

INDICADORES

Indicador 1: % de hojas de Screening

Fuente: Registro de seguimiento

Estandar 80%

Indicador 2: %Screening corregido

Fuente: Registros corregidos

Estandar: 70%

Indicador 3: %Positivos con 1 entrevista

Fuente: Entrevista personal

Estandar: 90%

Indicador 4: %Casos inicio de tratamiento

Fuente: Citaciones

Estandar: 90%

Indicador 5: %Hoja consentimiento informado

Fuente: Entrevista explicatoria

Estandar: 80%

DURACIÓN

- mayo-septiembre 2019(búsqueda bibliográfica, primeras reuniones Equipo)

-octubre-diciembre (Realización de Carpetas con hoja de Consentimiento Informado, Breve resumen del Proyecto,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12-14 AÑOS, PEDIATRIA MONZON-USMIJ

- 2 test de screening)
- enero-mayo 2020 (implementación de las actuaciones)
- junio (corrección y primeras entrevistas a los casos considerados positivos y tratamiento)
-octubre (revisión, incidencias etc

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 - 2019/0894

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN LA CONTENCIÓN Y TRATAMIENTO FUNCIONAL DEL ESGUINCE DE TOBILLO

Fecha de entrada: 13/01/2021

2. RESPONSABLE NURIA BLASCO PEREZ
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA
NAGER OBON VANESA
NAVARRO GIL MARTA
CASTILLO CORRALES MARIA DE LOS ANGELES
CUELLO FERRANDO ANDREA
FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA
MONFORT FERRIS SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado dos reuniones a través de la plataforma Zoom debido a la imposibilidad de agruparnos presencialmente. En ellas se ha discutido sobre la elaboración del protocolo para llevar a cabo el proyecto de mejora y como conclusión se ha llegado a estas directrices:
La entrada del paciente al sistema sanitario será a través del servicio de urgencias, tras el traumatismo que ha provocado el esguince de tobillo.
Una vez confirmado el diagnóstico y descartadas otras patologías el paciente será derivado al fisioterapeuta de atención especializada designado para el caso, cita que se asignará para el mismo día de entrada por urgencias salvo que el paciente acuda pasadas las 20:00 horas. En este caso la cita se concertará para el día siguiente. El fisioterapeuta de atención especializada indicará unas pautas de reposo, elevación del miembro afecto y crioterapia (unos 10 minutos cada 2 horas durante las primeras 48 horas tras el traumatismo). También realizará un vendaje funcional en el tobillo que sustituirá al tradicional vendaje hecho con vendas de crepé, que ofrece menor sujeción y mayor volumen final, lo que supone mayor disconfort para el paciente. Este nuevo vendaje se realiza con rollos de tape y pretape, según necesidad, material del que ya dispone habitualmente el hospital y los centros de salud. El paciente debe mantener dicho vendaje hasta la cita con el fisioterapeuta de atención primaria que no debe retrasarse más de 48-72 horas después de realizado el vendaje inicial.
Esta cita, que se concertará desde atención especializada, permite que el paciente tenga un seguimiento continuado de su patología en su estado más agudo sin tener que pasar por la consulta del médico de atención primaria, que con frecuencia está más saturada.
El fisioterapeuta de atención primaria valorará la retirada del vendaje y el estado del paciente. Si la evolución es favorable se pautarán ejercicios domiciliarios de movilización y fortalecimiento, acompañados de un tríptico informativo donde dichos ejercicios vendrán desarrollados con texto e imagen, a lo que se puede añadir un nuevo vendaje funcional si la situación lo requiere.
En caso de no tener una evolución favorable se derivará a su médico de familia para que valore el estado del tobillo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Debido a la situación de crisis sanitaria que se ha alargado durante prácticamente todo el año 2020, en el servicio de Rehabilitación del Hospital de Barbastro hemos visto interrumpida nuestra actividad laboral con pacientes ambulatorios en dos ocasiones durante varias semanas, a lo que hay que sumar que retomada dicha actividad no hemos podido trabajar al ritmo anterior a la pandemia debido a la nueva normativa en seguridad. Situación muy similar a la que han padecido los compañeros de los centros de atención primaria.
Por esta circunstancia no ha llegado a ponerse en marcha el proyecto y por lo tanto tampoco se han podido registrar datos de ningún tipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No se ha llegado a ninguna conclusión ya que no existen datos que analizar. Confiamos en poder llevar a cabo el proyecto a lo largo del año 2021.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/894 ===== ***

Nº de registro: 0894

Título
PROGRAMA DE MEJORA PARA EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN LA CONTENCIÓN Y TRATAMIENTO FUNCIONAL DEL ESGUINCE DE TOBILLO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0894

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN LA CONTENCIÓN Y TRATAMIENTO FUNCIONAL DEL ESGUINCE DE TOBILLO

Autores:
MARTI JARNE FERNANDO, FERNANDEZ SANCHEZ RUT, BLASCO PEREZ NURIA, FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA, BUISAN ESPIAS ROCIO, NAGER OBON VANESA, CORONAS TURMO SARA, MONFORT FERRIS SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

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

Los esguinces de tobillo se constituyen en una de las patologías más frecuentes de todo el sistema musculoesquelético, estimándose su incidencia en un caso por cada 10.000 habitantes y día. Es la lesión de extremidad inferior que con más frecuencia se atiende en urgencias y en atención primaria.

De forma clásica los esguinces de tobillo se clasifican en leves, moderados y graves (grados I, II y III). El mecanismo fisiopatológico es la inversión forzada del tobillo, un mecanismo combinado de flexión y supinación del pie. El 85% de los esguinces afectan al ligamento lateral externo (LLE), lesionándose fundamentalmente el ligamento peroneoastragalino anterior (LPAA), y hasta el 44% de los lesionados presentan algún tipo de secuelas un año después (dolor, inestabilidad mecánica o inestabilidad funcional). El ligamento colateral medial o deltoideo se lesiona en un 5% de los casos, siendo una lesión poco frecuente y más grave con un mecanismo de lesión en eversión y rotación externa forzada.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir el dolor asociado a a este tipo de lesiones ligamentosas.
Disminuir los días de incapacidad al evitar la inmovilización completa.
Mejorar el grado de satisfacción de los pacientes.

MÉTODO

Se implementará un protocolo de actuación basado en la aplicación de un vendaje funcional que permita la carga precoz de la articulación.

Se planteará la atención precoz por parte de un fisioterapeuta para la realización de un vendaje funcional y posterior revisión a las 48-72 horas. Se darán unas pautas generales al paciente según el tratamiento conservador del acrónimo PRICE: Protección, Reposo, Hielo, Compresión y Elevación. La aplicación de crioterapia se aconseja durante unos diez minutos cada dos horas durante las primeras 48 horas. Seguidamente unos ejercicios de fisioterapia domiciliarios. Se le entregará una hoja de instrucciones al paciente con las recomendaciones para seguir el protocolo de tratamiento funcional (vendaje + crioterapia + ejercicio terapéutico)

Se pondrá en conocimiento de las enfermeras y médicos del Servicio de Urgencias el nuevo modelo de contención de los esguinces de tobillo y se concretará el procedimiento de derivación al fisioterapeuta de la Unidad correspondiente.

Se informará al resto de los miembros del Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud del circuito asistencial para la captación y derivación preferente a la Unidad de Fisioterapia de AP de los pacientes que puedan beneficiarse de este programa.

Se priorizará el tratamiento de fisioterapia precoz desde las Unidades de Fisioterapia de AP de forma que en 48-72 horas se atienda al paciente para la valoración y posible cambio de vendaje aplicado en el Servicio de Urgencias. La aplicación de un tratamiento funcional facilita la recuperación acortando el tiempo de la misma, reduciendo el edema así como disminuye el número de complicaciones y efectos secundarios típicos de las inmovilizaciones prolongadas (dolor e inestabilidad).

Se registrarán los items a evaluar en formato hoja de cálculo excel.

INDICADORES

- Numero total de pacientes con diagnóstico de esguince de tobillo grado I y grado II derivados desde su médico de familia a las Unidades de fisioterapia de AP.
- Porcentaje de pacientes que en menos de tres semanas logran recuperación funcional.
- Porcentaje de pacientes que no toleran tratamiento conservador con vendaje funcional respecto al numero total de pacientes con esguince de tobillo tratados en las Unidades de Fisioterapia mediante vendaje funcional.
- Cuestionario o escala de satisfacción al usuario o paciente tratado por esguince de tobillo expresado en porcentajes.
- Escala Visual Analogica del dolor (EVA) para la clasificación del dolor en leve, moderado o severo antes y después de la intervención.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0894

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN LA CONTENCIÓN Y TRATAMIENTO FUNCIONAL DEL ESGUINCE DE TOBILLO

Cronograma de actividades

Abril de 2019

Comunicación con el personal sanitario del Servicio de Urgencias del hospital sobre la iniciativa de mejora planteada.

Unificación de criterios y normalización del procedimiento de ejecución del vendaje entre los fisioterapeutas que van a aplicarlo.

Mayo de 2019

Realización de protocolo.

Reunión con los otros componentes del equipo y revisión del protocolo para la unificación de criterios entre los diversos profesionales del equipo.

Junio de 2019

Difusión e implementación en mediante una sesión de formación al resto del EAP. y al personal del hospital mediante sesiones clínicas.

Realización de hoja de excel para el registro de los datos necesarios.

Realización del cuestionario de satisfacción que se enviará por correo electrónico a los pacientes incluidos en el proyecto.

Septiembre de 2019

Puesta en marcha del programa.

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 :

*** ===== **