

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

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
AL	AP	CS ALCAÑIZ	ALBESA BENAVENTE MARIA INMACULADA	2019_0233	S1	14/01/2021	PROYECTO PARA OPTIMIZAR DERIVACIONES A LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA MEDIANTE EL USO DE DERMATOSCOPIO EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS ANDORRA	PELLICER GARCIA BEGOÑA	2019_0112	S2	13/01/2021	PROYECTO DE SENSIBILIZACION EN EL CONSUMO DE AZUCAR ENTRE LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA	MARTINEZ AYALA ENRIQUE	2019_0135	S1	20/12/2020	VALORACION DE LOS HABITOS SALUDABLES EN LA POBLACION RURAL ASOCIADA AL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	TURON ALCÁINE JOSE MARIA	2018_0074	S2	14/12/2020	PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ
AL	AP	DAP ALCAÑIZ FARMACIA ATENCION PRIMARIA	GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU	2019_0005	F	31/12/2020	ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE ANTIDIABETICOS NO INSULINICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ FARMACIA HOSPITALARIA	LARA GARRIDO ANGELA	2019_0937	S2	29/12/2020	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE ESTUPEFACIENTES
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA INTERNA	ARTAJONA RODRIGO ESTHER	2018_0075	F	28/12/2020	PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA INTERNA	ARTAJONA RODRIGO ESTER	2019_1227	S1	14/01/2021	GESTION POR PROCESOS UNIDAD CRONICO COMPLEJO (UCC) HOSPITAL ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUMOLOGIA	FANDOS LORENTE SERGIO	2019_0358	F	06/12/2020	DRENAJE PLEURAL PERMANENTE TUNELIZADO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ URGENCIAS	COLAS OROS CARLOS	2018_0077	S2	17/12/2020	INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITALDE ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0233

1. TÍTULO

PROYECTO PARA OPTIMIZAR DERIVACIONES A LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA MEDIANTE EL USO DE DERMATOSCOPIO EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 14/01/2021

2. RESPONSABLE MARIA INMACULADA ALBESA BENAVENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOTOR LAS SANTAS AGUSTIN
FACI OLMOS MIRIAM
CALLAU ESCUER JOSE JAVIER
CALVO MARTINEZ JOSE ANTONIO
GONZALEZ TARRASO GLORIA
LOPEZ ESTERUELAS REYES
RIQUELME TORRESANO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hasta que comenzó la pandemia hemos:
-Creado un grupo de Whatsapp para el intercambio fluido de todo tipo de información relacionada con este proyecto.
-Asistido a jornadas de actualización en Dermatología de SEMGARAGÓN.
-Creado una agenda para cita de pacientes y uso del dermatoscopio.
-Creado un registro de uso del dermatoscopio y nombrado responsable de su custodia.
-Creado una carpeta en los escritorios de los ordenadores para guardar protocolos diagnósticos y registro de exploraciones.
-Realizado una sesión clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Esperamos retomar las actividades cuando nos sea posible.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Esperamos retomar las actividades cuando nos sea posible.

7. OBSERVACIONES.
Sustitución del componente del equipo Aparicio Lorán, Armando por González Tarraso, Gloria.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/233 ===== ***

Nº de registro: 0233

Título
PROYECTO PARA OPTIMIZAR DERIVACIONES A LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA MEDIANTE EL USO DEDERMATOSCOPIO EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
ALBESA BENAVENTE MARIA INMACULADA, GOTOR LAS SANTAS AGUSTIN, FACI OLMOS MIRIAM, CALLAU ESCUER JOSE, CALVO MARTINEZ JOSE ANTONIO, APARICIO LORAN ARMANDO, LOPEZ ESTERUELAS REYES, RIQUELME TORRESANO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EN NUESTRO SECTOR HAY CARENCIA DE ESPECIALISTAS EN DERMATOLOGÍA Y HAY LISTAS DE ESPERA MUY DILATADAS. ESTAS LISTAS SE VEN INCREMENTADAS POR UNA DEMANDA QUE PUEDE SER FILTRADA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA SI SE DISPONE DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0233

1. TÍTULO

PROYECTO PARA OPTIMIZAR DERIVACIONES A LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA MEDIANTE EL USO DE DERMATOSCOPIO EN ATENCION PRIMARIA

DERMATOSCOPIO.

LA DERMATOSCOPIA SUPONE EL PASO INTERMEDIO ENTRE LA IMAGEN CLÍNICA MACROSCÓPICA Y LA HISTOLÓGICA MICROSCÓPICA.. LA DERMATOSCOPIA ES UNA HERRAMIENTA FUNDAMENTAL PARA UN DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL MELANOMA Y PARA OTRAS LESIONES PIGMENTADAS, AUNQUE ÚLTIMAMENTE TAMBIÉN PARA NO PIGMENTADAS.

RESULTADOS ESPERADOS

FORMACIÓN EN EL USO DEL DERMATOSCOPIO. ADQUISICIÓN DE DESTREZAS EN LA DIFERENCIACIÓN DE PATRONES DERMATOSCÓPICOS. USO DE HERRAMIENTAS DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO (ALGORITMOS) PARA MEJORAR LAS DERIVACIONES AL ESPECIALISTA. DISMINUCION DE LISTA DE ESPERA EN DERMATOLOGÍA. OPTIMIZAR LA DERIVACIÓN A LA CIRUGÍA MENOR REALIZADA EN A.P. POSIBILIDAD DE DESARROLLAR PROGRAMAS DE TELEDERMATOLOGÍA

MÉTODO

REALIZACIÓN DE CUATRO TALLERES DE DERMATOSCOPIA CON COLABORACIÓN DE ESPECIALISTAS EN LA MATERIA (SESIONES CLÍNICAS REALIZADAS EN EL CENTRO DE SALUD CON ACREDITACIÓN POR PARTE DE FORMACIÓN), UNO POR SEMANA, DE UNA HORA DE DURACIÓN PARA CAPACITACIÓN DE LOS PROFESIONALES CON DISPONIBILIDAD DE DERMATOSCOPIO. LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO SE REALIZARÁ EN CUANTO SE DISPONGA DE DERMATOSCOPIO Y SE EVALUARÁ AL CABO DE UN AÑO. ACTUALMENTE ESTE CENTRO YA DISPONE DE UN DERMATOSCOPIO DERMLITE DL100

INDICADORES

NÚMERO DE BIOPSIAS REALIZADAS/NÚMERO DE VALORACIONES
NÚMERO DE DERIVACIONES A DERMATOLOGÍA/NÚMERO DE VALORACIONES

DURACIÓN

CUATRO SESIONES CLÍNICAS EN DOS MESES, IMPARTIDAS POR ESPECIALISTAS EN DERMATOLOGÍA.
PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DURANTE UN AÑO.
EVALUACIÓN DEL MISMO AL FINAL DE DICHO PERIODO

OBSERVACIONES

ESTE PROYECTO FUE PRESENTADO EL AÑO PASADO PERO NO PUDO IMPLEMENTARSE POR CARECER DE DERMATOSCOPIO.YA DISPONEMOS DE UNO PARA TODO EN CENTRO.
SE HA AÑADIDO UN OBJETIVO NUEVO. SE HAN CAMBIADO LOS INDICADORES Y SE HAN INCORPORADO NUEVOS COMPONENTES.

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 - 2019/0112

1. TÍTULO

PROYECTO DE SENSIBILIZACION EN EL CONSUMO DE AZUCAR ENTRE LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 13/01/2021

2. RESPONSABLE BEGOÑA PELLICER GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARREDA AYORA CARMEN
LAGAR GONZALEZ ANA BELEN
TRALLERO BIELSA ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Debido a la situación de pandemia no ha sido posible realizar las actividades previstas para este proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendientes de alcanzar debido a la situación de pandemia Covid

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debemos adaptarnos a las nuevas tecnologías para que las acciones presenciales no condicionen la consecución del proyecto aunque tampoco hemos tenido tiempo real para dedicar a este proyecto debido a la presión asistencial y recursos humanos limitados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/112 ===== ***

Nº de registro: 0112

Título
PROYECTO DE SENSIBILIZACION EN EL CONSUMO DE AZUCAR ENTRE LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ANDORRA

Autores:
GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL, MOLINA ALMIRON MARIA DEL CARMEN, PELLICER GARCIA BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La OMS recomienda para mantener una alimentación saludable, con respecto al consumo de azúcares que los adultos y niños deberían reducir la ingesta de azúcares libres a menos del 10% de la ingesta calórica total (2, 7). Una reducción a menos del 5% de la ingesta calórica total aportaría beneficios adicionales para la salud. El consumo de azúcares libres aumenta el riesgo de caries dental. El exceso de calorías procedentes de alimentos y bebidas con un alto contenido en azúcares libres también contribuye al aumento insalubre de peso, que puede dar lugar a sobrepeso y obesidad.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Sensibilizar a la población que acude al centro de salud, y/o los consultorios locales de la zona básica de salud de Andorra, de Oliete, Alloza y Ariño, en especial a la población infantil y sus familias, del contenido de azúcares de determinados alimentos procesados.
2. Sensibilizar a los alumnos del IES Andorra del contenido de azúcares de determinados alimentos procesados y fomentar el consumo de alimentos saludables y la compra responsable.
3. Sensibilizar a los padres del IES Andorra del contenido de azúcares de determinados alimentos procesados y fomentar el consumo de alimentos saludables y la compra responsable.
4. Informar del riesgo del alto consumo de azúcar en la dieta diaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0112

1. TÍTULO

PROYECTO DE SENSIBILIZACION EN EL CONSUMO DE AZUCAR ENTRE LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ANDORRA

POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE:

1. Padres y madres de niños y niñas que acuden al centro de salud y consultorios locales, por urgencias, demanda o programada.
2. Adultos que acuden al centro de salud y consultorios locales, por urgencias, demanda o programada.
3. Alumnos del IES de Andorra Pablo Serrano.
4. Padres y madres de los alumnos IES de Andorra Pablo Serrano.
5. Profesores del IES de Andorra Pablo Serrano.

MÉTODO

1. Elaboración de encuesta previa, y posterior, mediante imágenes de productos procesados y pregunta sobre el contenido de azúcares.
2. Exposición de imágenes del fotógrafo Antonio Estrada; del proyecto SinAzúcar.org, que consiste en fotografiar de forma muy publicitaria productos ultra-procesados (comida y bebida) junto con la cantidad exacta de azúcar que llevan, usando las propias cifras de etiquetado que da el fabricante.
3. Charla- intervención con los alumnos, para sensibilizar de los efectos del azúcar en la salud y plantificar la colaboración de los alumnos en el proyecto (hacer murales/exposición de imágenes de SinAzucar.org).
4. Trabajar con los alumnos del IES mensajes sobre el consumo de azúcar (mensajes en positivo, por Ej. Come más frutas que bollería industrial). Que serán expuestos en el IES y en C.S. Andorra y los consultorios locales.
5. Elaborar un folleto informativo, con y entre los alumnos del IES.
6. Charla- intervención con los padres, para sensibilizar de los efectos del azúcar en la salud, intervención a través del AMPA del IES, los propios alumnos les explicarán a través de los murales/exposición que habrán creado previamente)
7. Difusión del folleto informativo (creado por los alumnos) sobre los efectos del consumo excesivo de azúcar en la dieta.
8. Valorar el conocimiento que tiene la población, del contenido en azúcar, de determinados alimentos elaborados/procesados, mediante encuesta antes y después de la exposición de SinAzúcar.org.

INDICADORES

1. Número de encuestas previas cumplimentadas.
2. Número de encuestas posteriores cumplimentadas.
3. Número y % de imágenes-preguntas correctas del total de fotos-preguntas de la encuesta previa.
4. Número y % de imágenes-preguntas correctas del total de fotos-preguntas de la encuesta posterior.

DURACIÓN

1. Febrero 2019: reuniones con el equipo del IES y compañeros del centro de salud para organizar las actividades.
2. Marzo 2019: encuestas previas a la exposición de SinAzúcar.org. en el centro de salud y consultorios locales y alumnos del IES.
3. Abril: Charla - intervención con los alumnos. Y Charla - intervención con los padres.
4. Abril a junio: elaboración de mensajes positivos y folleto informativo con los alumnos del IES.
5. Del 1 de abril al 30 de noviembre exposición de SinAzúcar.org. en el centro de salud y consultorios locales.
6. Diciembre 2019: encuestas posteriores a la exposición de SinAzúcar.org. en el centro de salud, en el centro de salud y consultorios locales.
7. Enero 2020: análisis de resultados y memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0135

1. TÍTULO

VALORACION DE LOS HABITOS SALUDABLES EN LA POBLACION RURAL ASOCIADA AL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 20/12/2020

2. RESPONSABLE ENRIQUE MARTINEZ AYALA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TRALLERO BIELSA ALBERTO
PEÑA GALO EDGAR
PELLICER GARCIA BEGOÑA
MOLINA ALMIRON MARIA CARMEN
PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS
BARREDA AYORA CARMEN
CORTES GARCIA-ARISTA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
no se han podido implementar las intervenciones previstas debido a la pandemia, pero estamos trabajando para implementarlas en 2021, según la evolución de la pandemia

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
no se han podido implementar las intervenciones previstas debido a la pandemia, pero estamos trabajando para implementarlas en 2021, según la evolución de la pandemia

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
no se han podido implementar las intervenciones previstas debido a la pandemia, pero estamos trabajando para implementarlas en 2021, según la evolución de la pandemia

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/135 ===== ***

Nº de registro: 0135

Título
VALORACION DE LOS HABITOS SALUDABLES EN LA POBLACION RURAL ASOCIADA AL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Autores:
MARTINEZ AYALA ENRIQUE, TRALLERO BIELSA ALBERTO, PEÑA GALO EDGAR, PELLICER GARCIA BEGOÑA, MOLINA ALMIRON MARIA DEL CARMEN, PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS, BARREDA AYORA MARIA DEL CARMEN, CORTES ARISTE ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tabaquismo, la alimentación no saludable, el sedentarismo y el consumo de riesgo/nocivo de alcohol, son causa de muchas enfermedades y muertes. Está demostrado con numerosos estudios de investigación que la intervención de los profesionales sanitarios para promover una alimentación sana, el abandono del tabaco, y el consumo no de riesgo de alcohol, son una de las intervenciones más eficaces para mejorar la salud de los pacientes, teniendo por consiguiente no solo un gran impacto poblacional sino una relación coste efectividad muy favorable.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Conocer los hábitos que tiene la población seleccionada en cuanto a la actividad física, alimentación, consumo de tabaco y consumo de alcohol.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0135

1. TÍTULO

VALORACION DE LOS HABITOS SALUDABLES EN LA POBLACION RURAL ASOCIADA AL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

2. Analizar los resultados y valorar la situación

MÉTODO

1. Elaboración de un cuestionario de hábitos saludables, que valore: alimentación ejercicio, consumo de tabaco y alcohol(basado en la encuesta nacional de salud
2. Elaboración de consentimiento informado.
3. Recogida datos mediante el cumplimiento de las encuestas.
4. Análisis de los datos obtenidos.
5. Conclusiones del estudio.

INDICADORES

1. Número (%) de participantes del total de personas que se les ha invitado a participar.
2. Valoración de la exposición y consumo de tabaco:
 - a. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio con exposición al humo del tabaco de entre 1 hora y más de 5 horas al día.
 - b. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio, que nunca o casi nunca están expuestos al humo del tabaco.
 - c. Número (%) de personas (> de 9 años) y según sexo, a estudio, que han fumado alguna vez, cuantas fuman a diario y cuantas no fuman pero lo han dejado.
 - d. Edad media de inicio en el consumo de tabaco de las personas (> de 9 años) y según sexo, a estudio,
3. Numero (%) de adultos que consumen alcohol: nunca, a diario, 5 a 6 días/semana, 3 a 4 días/semana, 1 a 2 días/semana.
4. Valoración del IMC (DGP DE OMI AP) de la población a estudio en el momento de la encuesta.
5. Número (%) de personas con sobrepeso y obesidad, según sexo y grupo poblacional (niños de 6 a 11 años y adultos/familiares a partir de 18 años), de la población a estudio.
6. Sobre los hábitos de alimentación:
 - a. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio que NO desayunan.
 - b. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio que desayunan bollería industrial.
 - c. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio que desayunan bollería industrial.
 - d. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio que NO comen verduras en la comida o en cena.
 - e. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio que NO comen frutas en la comida o en cena.
 - f. Número (%) de niños de 6 a 11 años, a estudio que, NO comen chucherías, comen chucherías a veces y comen chucherías a diario.
7. Valoración de la adherencia a la dieta mediterránea:
 - a. Número (%) de personas según sexo y grupo poblacional a estudio, con baja adherencia (<7 puntos) o buena adherencia (> 10 puntos), a la dieta mediterránea.
 - b. Número (%) de personas según sexo y grupo poblacional a estudio, con un consumo al día, de más de una unidad/vaso, de bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter).
8. Valoración de la actividad física de la población a estudio:
 - a. Número (%) de personas según sexo y grupo población a estudio que NO practican actividad física
 - b. Número (%) de personas según sexo y grupo poblacional a estudio que practican actividad física alta ligera o moderada

DURACIÓN

1. Primer trimestre de 2019:
 - 1.1. Elaboración y consenso de la encuesta a realizar.
 - 1.2. Informar en las escuelas del objetivo del proyecto y forma de colaborar.
 - 1.3. Actividad escolar para el análisis del menú semanal con los alumnos: ¿qué he comido esta semana?
 - 1.4. Cálculo de IMC y registro en DGP de OMI AP, a los participantes:
 - 1.4.1. Niños en la escuela llevar báscula y tallímetro
 - 1.4.2. Adultos en consulta
2. Segundo trimestre 2019: Realización de encuesta a alumnos y familiares >18 años
3. Segundo semestre de 2019:
 - 3.1 Análisis de los datos,
 - 3.2 Evaluación de indicadores, y
4. Diciembre de 2019: Memoria del proyecto

OBSERVACIONES

Según los resultados obtenidos se plantearían distintas intervenciones más adelante.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0074

1. TÍTULO

PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 14/12/2020

2. RESPONSABLE JOSE MARIA TURON ALCAINE

- Profesión MEDICO/A
- Centro DAP ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Finalizamos el año 2019 con todo preparado para la implantación:

- Modificación del informe de laboratorio de NT pro BNP incluyendo el punto de corte para el diagnóstico de insuficiencia cardiaca en atención primaria
- Se colgaron en OMI AP los documentos de "Hoja de monitorización para pacientes", "Instrucciones para pacientes con insuficiencia cardiaca" y el cuestionario PREDIMED.
- Se preparó una estrategia de coordinación con el servicio de cardiología y la unidad de cronicidad.
- Se elaboró un plan de difusión del documento en los centros de salud. Este plan de sesiones clínicas se había tenido que retrasar a 2020 por esperar a la resolución del concurso de traslados.

Actividades en 2020

- Durante el mes de Febrero se llevaron a cabo sesiones clínicas de difusión en los centros de salud de Alcañiz, Andorra e Hajar pero el calendario de sesiones se tuvo que paralizar por la irrupción de la pandemia.
- Durante el parón se ha elaborado un manual resumido de actuaciones de enfermería en el seguimiento de insuficiencia cardiaca.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto ha quedado suspendido hasta que la pandemia nos permita reanudar las actividades de difusión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto está poniendo a prueba nuestra capacidad de resiliencia, ya que en si en 2018-2019 tuvo que pararse por la falta de cardiólogos en el sector y la resolución del concurso de traslados en Atención Primaria, en 2020 ha sido interrumpido por la pandemia. Si no surge ningún nuevo problema, esperamos retomar el proyecto cuando la pandemia lo permita.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/74 ===== ***

Nº de registro: 0074

Título
PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

Autores:
TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En un reciente informe del IACS, nuestro sector presentaba una tasa creciente de hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca en pacientes diabéticos desde el año 2011 a 2014, tendencia que está por encima de las tasas de Aragón y de España. A pesar de la notable modificación de los contenidos de las guías de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0074

1. TÍTULO

PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

insuficiencia cardiaca desde 2012, no se ha llevado a cabo ninguna actualización formativa ni protocolo destinado a Atención Primaria. Creemos que esto redundará en que se diagnostique y trate tardíamente.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir la variabilidad en la práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia cardiaca crónica en el sector de Alcañiz.
Incrementar el diagnóstico y tratamiento precoz de la insuficiencia cardiaca en Atención Primaria.
Reducir la tasa de hospitalización por insuficiencia cardiaca y la estancia media en el sector de Alcañiz.

MÉTODO

Elaboración de un protocolo, en colaboración con otros sectores, orientado hacia Atención Primaria basado en la adaptación del proceso asistencial simplificado de la insuficiencia cardiaca de la SEC, introduciendo un algoritmo de evaluación de síntomas que dirija la secuencia de pruebas diagnósticas desde atención primaria. La selección de tratamientos irá orientada a los hallazgos diagnósticos previos de acuerdo a los criterios de la guía.
Introducción de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca dentro del proceso asistencial del paciente crónico complejo con insuficiencia cardiaca
Formación en los centros de salud.

INDICADORES

- Prevalencia de insuficiencia cardiaca en los registros de Atención Primaria. Fuente de datos: OMI-est
- % de pacientes con nuevo diagnóstico de insuficiencia cardiaca en los que consta en la Historia Clínica la fracción de eyección a partir de la implantación del proyecto (Objetivo >80%).
- % de peticiones de péptido natriurético justificadas por la clínica a partir de la implantación del proyecto (Objetivo >80%)
- % de pacientes con resultado de péptido natriurético elevado a los que se han realizado ecocardiografías en el año en curso. (Objetivo >80%)
- % de pacientes crónico complejos con diagnóstico de insuficiencia cardiaca crónica en los que consta la cumplimentación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca al menos una vez al año. (Objetivo >80%)
- Tasa de hospitalización por insuficiencia cardiaca (Objetivo: Reducción)

DURACIÓN

- Abril - Julio: Redacción del protocolo
- Septiembre: Formación a los centros
- Febrero 2019: evaluación de primeros resultados.

El proyecto tendrá una duración plurianual sujeta a la evolución de la implantación del proyecto y de los resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0005

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 31/12/2020

2. RESPONSABLE MIREN ARANTZAZU GARCIA COLINAS
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AMESTOY CHIESA MARCELA CECILIA
RECHE SABATER ALBERTO
VERDE SANZ GUAYENTE
LLORENS PALANCA MARIA DOLORES
TURON ALCÁINE JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se presenta el proyecto en los centros de salud entre marzo y junio 2019, y en la junta técnico asistencial del Sector de junio se presenta nuevamente 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.

DATA 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 4601 diabéticos en tratamiento con antidiabéticos no insulínicos. De 1044 pacientes no disponemos del dato de filtrado glomerular en OMI-AP. Se solicita al servicio de informática una extracción del dato en Omilab®. Casualmente se cambia el programa de Omilab a Modulab en marzo-abril 2019 y no se pueden recuperar los datos anteriores. Esto obligaría a tener que consultar uno a uno en HCE si ese dato está o no. Ante la dificultad por el elevado número de pacientes, se contacta nuevamente con los coordinadores médicos (correo-e y sesiones) y se les indica que soliciten y registren el dato de FG de estos pacientes. Se volverán a extraer datos de Modulab en septiembre 2019. Finalmente, de 4601 no disponemos de datos de 861 pacientes ni en OMI ni en HCE. En octubre de 2019, se envía a los médicos de los 861 pacientes una nota para que soliciten a lo largo del último trimestre de 2019 el dato de FG.

En octubre 2019, se diseñó y envió 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. En noviembre hubo un segundo envío con los nuevos datos de FG de pacientes.

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. Se obtienen datos de 4717 diabéticos en tratamiento con antidiabéticos no insulínicos. Se excluyen 565 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 24,3% de los pacientes tienen un FG<60ml/min en los últimos 12 meses.

El 11,9% de los pacientes no disponen de dato de FG los últimos 12 meses.

El 17,1% (710 pacientes) presentan inadecuación de dosis o contraindicación según su filtrado glomerular de al menos un antidiabético. De estos, el 10,1% (72 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 60,0% de los pacientes (426 pacientes).

Las más frecuentes fueron:

Reducción de dosis 47,3%

Ampliación del intervalo terapéutico 25,2%

Contraindicación del antidiabético 24,5%

Respecto a los antidiabéticos implicados que precisaron ajuste, destacan:

Metformina 51,1%

Gliptinas 23,9%

Glifozinas 11,7%

Sulfonilureas 4,2%

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0005

1. TÍTULO

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

No se hicieron cambios por mejoría de FG en un 10,1% (72) de los pacientes.
No se obtuvo respuesta sobre las recomendaciones hechas al 29,8% (212) de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo se ha llevado a cabo conjuntamente entre los Sectores de Alcañiz y Barbastro, resultando clave 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 la función renal del mismo. A la vista de los resultados obtenidos, sería aconsejable que esta información se integrase en los sistemas de ayuda a la prescripción electrónica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/5 ===== ***

Nº de registro: 0005

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

Autores:
GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU, GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO, LLORENS PALANCA DOLORES, VERDES SANZ GUAYENTE, TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

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:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Atención Primaria (AP) 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 polimedicación. 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 AP 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 de Alcañiz.
? Promover la correcta dosificación de los fármacos 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.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0005

1. TÍTULO

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

MÉTODO

Se comunicará en junta técnico asistencial, comisión de diabetes y los resultados se presentarán en sesiones farmacoterapéuticas a todos los equipos. La farmacéutica de atención primaria (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 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 Alcañiz.

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 - 2019/0937

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE ESTUPEFACIENTES

Fecha de entrada: 29/12/2020

2. RESPONSABLE ANGELA LARA GARRIDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALONSO TRIANA YARA MARIA
MARTINEZ FERRI MARIA JOSE
FERNANDEZ ALONSO EDGAR
FRAGA MILIAN CARMEN
ABAS VILA VICTORIA
ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA
PALOMAR JOVEN MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actualización del procedimiento de gestión de estupefacientes y difusión del mismo.
Se realiza formación con las supervisoras de las unidades de hospitalización y urgencias para el adecuado registro de los libros de estupefacientes y se les adjunta documentación de consulta.
Se actualizan formulario de petición y se establece un circuito de registro informático (tablets).
Se han comprado libros nuevos de registro de estupefacientes.
Queda pendiente para el 2021 la realización de auditorías para comprobar la cumplimentación correcta de los libros por la situación de pandemia de 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hay un registro informático del 100% de las peticiones y entregadas de estupefacientes de cada unidad. Además se ha mejorado con ello la trazabilidad del proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se realizarán auditorías durante el 2021 debido a que en el 2020 no pudieron ser realizadas por la problemática de la pandemia SARS-COV-2.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/937 ===== ***

Nº de registro: 0937

Título
PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE ESTUPEFACIENTES

Autores:
LARA GARRIDO ANGELA, ALONSO TRIANA YARA MARIA, FERNANDEZ ALONSO EDGAR, FRAGA MILIAN CARMEN, ABAS VILA VICTORIA, BOSQUE LUNA PILAR, ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA, PALOMAR JOVEN MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente tenemos en todos los servicios de hospitalización, libros de registro de estupefacientes, con diferencias entre los distintos servicios. Cada uno de ellos, hace el registro de diversa manera, de forma que no hay homogeneidad en ellos. A la hora de comprobar los distintos fármacos, ya bien sea mediante auditoria o las propias supervisoras de la unidad, nos encontramos con dificultades de localización de los distintos fármacos. Además nos encontramos con que todos los campos del libro no están cumplimentados. De esta manera

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0937

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE ESTUPEFACIENTES

no aseguramos la trazabilidad del proceso.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la cumplimentación de los libros de estupefacientes.
Control de los armarios de estupefacientes y su stock

MÉTODO

Formar a las supervisoras de enfermería de las distintas unidades, con los nuevos registros.
Implantar la formación, con libros nuevos de registro.
Auditar la cumplimentación de los libros de registro.
Realización del procedimiento de la gestión de estupefacientes, en el que conste control del almacenaje, registro, control y dispensación.

INDICADORES

% de registros correctamente cumplimentados/ Total de registros
Nº unidades de hospitalización con auditorias realizadas postformación/ total de unidades de hospitalización x 100
Relización del procedimiento de gestión de estupefacientes.

DURACIÓN

Este proyecto se realizará a lo largo de un año, e intentaremos presentar los nuevos datos en enero del 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0075

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

Fecha de entrada: 28/12/2020

2. RESPONSABLE ESTHER ARTAJONA RODRIGO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TURON ALCAINE JOSE MARIA
FERRANDO AZNAR CLARA
GARCIA LOPEZ ANA MARIA
SALAS ALCANTARA MARIA
REAL CORDERO ESPERANZA
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA
GAVIN BLANCO OLGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el año 2018 la Comisión de Cuidados Paliativos del sector elaboró un protocolo único de cuidados paliativos para todo el Sector que fue difundido con sesiones en el Hospital y en los centros de salud en 2019. Posteriormente se han mostrado los resultados de la evaluación de 2019 mostrando las áreas de mejora. Este año se han proporcionado bombas de perfusión a Atención Primaria, elaborando una ampliación del documento de sedación con las dosificaciones recomendadas para la bomba de perfusión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

HOSPITAL

En el año 2018 se recogieron 8 sedaciones paliativas en el hospital en el período entre Mayo y Octubre, sin encontrar registro de consentimiento en el 50% de los pacientes. En el 100% constaba el síntoma refractario. En el año 2019 se recogieron 27 sedaciones paliativas entre el 1 de Octubre y el 31 de Diciembre de 2019, es decir que, en un período de tiempo de un mes menos que en la evaluación del año anterior, se triplicó el número de sedaciones. Se encontró en un 70,8% la existencia de consentimiento informado y constaba en el 75% el síntoma refractario.

En 2020, en 4 meses se han recogido 30 sedaciones, estando presente el registro del consentimiento en el 80% de los pacientes, y el registro del síntoma refractario en el 93,33%.

ATENCIÓN PRIMARIA

En cuanto a Atención Primaria no se pudieron obtener registros directos de atención primaria dado que no existe en OMI-AP el diagnóstico de sedación paliativa. A partir de los registros de ESAD se comprueba que se ha realizado sedación en 12 pacientes en el último trimestre de 2018. Se comprobó que en el 100% de los casos constaba el registro del consentimiento verbal para la sedación paliativa. En el 75% de los pacientes sedados se identifica con claridad el síntoma refractario, siendo la disnea el más frecuente.

En Atención Primaria seguimos sin poder obtener registros directos, aunque este año se han conseguido listados de pacientes de 2 centros de salud, identificando 8 pacientes con sedación paliativa. Constaba el consentimiento en el 62% de los pacientes y el síntoma refractario en el 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que el ciclo de mejora del proyecto ha finalizado aunque quedan aspectos que mejorar que seguiremos monitorizando anualmente con los indicadores usados. En general se verifica que ha aumentado el número de sedaciones paliativas, con registros de consultas a la familia en caso de limitación del esfuerzo terapéutico en prácticamente en el 100% de los pacientes, aunque en algunos casos no se logra identificar claramente la aceptación del consentimiento de la sedación. Queda claro que hemos mejorado sensiblemente tanto en la oferta como en el registro del consentimiento (mejora absoluta del 30%).

Respecto a Atención Primaria, es la primera vez que hemos conseguido registros no dependientes del ESAD. Hemos observado que predominan los registros técnicos relacionados con la bomba de perfusión, pero, aunque está implícito cuesta identificar que se ha consultado con la familia o el paciente, por lo que el aspecto de la humanización es mejorable. Seguiremos monitorizando este aspecto, pero creemos que este proyecto ha cumplido su función y pasamos a monitorizar indicadores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/75 ===== ***

Nº de registro: 0075

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0075

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

Autores:
ARTAJONA RODRIGO ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad no existe procedimiento de sedación paliativa en el paciente terminal en el Sector de Alcañiz. En el ámbito de Atención Primaria, en general se desconocen los métodos de sedación paliativa. Además, dada la controversia legal que ha habido en el pasado reciente, suele pasarse de puntillas sobre este aspecto. En la actualidad, solo ESAD realiza métodos de sedación paliativa en atención primaria en nuestro sector, y los médicos desconocen las pautas de ajuste de la medicación prescrita. Existe amplio espacio de mejora en el cuidado de los pacientes con síntomas refractarios al final de la vida.
En el ámbito del Hospital la no existencia de protocolo creemos que origina variabilidad en la práctica clínica.

RESULTADOS ESPERADOS

Ofrecer sedación paliativa a los pacientes con enfermedad terminal con síntomas refractarios con intenso sufrimiento físico-psíquico con arreglo a un protocolo que incluye la revisión del marco ético y legal aplicable.

MÉTODO

Se ha elaborado un procedimiento de sedación del sector, con instrucciones para atención primaria y especializada. La Unidad de cronicidad, ESAD y Atención Primaria van a proceder a la elaboración de un plan de formación de sector. El procedimiento incluye:
- La identificación del paciente terminal, definición de síntoma refractario, diferenciación entre sedación paliativa y sedación de agonía.
- Consentimiento informado
- Definición del nivel de sedación objetivo
- Protocolo terapéutico propiamente dicho
- Registros específicos

INDICADORES

% de centros de salud que han recibido formación en sedación paliativa (Objetivo: 100%)
% de pacientes que han recibido sedación terminal en los que consta registro del consentimiento informado en la historia clínica (Objetivo >95%)
% de pacientes sedados en los que se identifica de forma inequívoca el síntoma refractario (Objetivo >95%)
% de pacientes sedados en los que consta la cumplimentación del registro de inducción (objetivo >95%)
% de familiares satisfechos/muy satisfechos con la sedación (Objetivo > 80%)

DURACIÓN

El protocolo ya ha sido elaborado
Marzo-Mayo: Difusión del protocolo
Enero 2019. Evaluación

OBSERVACIONES

A la hora de evaluar indicadores surgen muchas dudas sobre su factibilidad en Atención Primaria, partiendo del hándicap de la identificación de pacientes con sedación paliativa dado que no existe registro específico en Historia Clínica electrónica.
Tampoco vamos a poder incluir los registros en OMI-AP por lo que tendrán que ser en papel. Para la evaluación elaboraremos una búsqueda de pacientes con diagnóstico de paciente terminal (A99) investigando el registro de sedación paliativa en campo texto, para proceder después a auditar las historias clínicas de papel. Con este método tenemos una importante incertidumbre sobre la viabilidad de la obtención de indicadores fiables.
Vamos a proponer un listado de pacientes con sedación paliativa en cada centro de salud. En el hospital de realizará registro específico.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0075

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

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 - 2019/1227

1. TÍTULO

GESTION POR PROCESOS UNIDAD CRONICO COMPLEJO (UCC) HOSPITAL ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 14/01/2021

2. RESPONSABLE ESTER ARTAJONA RODRIGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ ABAD CRISTINA
QUIÑONES FERNANDEZ ARALIA
DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL
BERTOLO GALINDO ISABEL
LABORDA SEGURANA MARTA
ARIÑO BORRAZ ARANZAZU
SANZ VIDAL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Dado la situación de pandemia se ha paralizado la actividad en la unidad (su ubicacion y el personal ha pasado a atender pacientes covid) .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La actividad ha quedado reducida a interconsultas virtuales con primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la pandemia, vemos muchos pacientes del programa que reingresan por falta de seguimiento/revisiones tanto en la unidad como en atencion primaria, siendo unos de los grandes grupos poblaciones damnificados por dicha circunstancia...

7. OBSERVACIONES.

Una vez mas queda demostrada la fragilidad de los pacientes cronicos complejos, y la necesidad de un seguimiento estrecho por parte del sistema sanitario para evitar sus descompensaciones y aumento de mortalidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1227 ===== ***

Nº de registro: 1227

Título
GESTION POR PROCESOS UNIDAD CRONICO COMPLEJO(UCC) HOSPITAL ALCAÑIZ

Autores:
ARTAJONA RODRIGO ESTHER, LOPEZ ABAD CRISTINA, QUIÑONES FERNANDEZ ARALIA, DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL, BERTOLO GALINDO ISABEL, LABORDA SEGURANA MARTA, ARIÑO BORRAZ ARANZAZU, SANZ VIDAL MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente clasificado con complejidad p> 99 y p> 97-99 según GMA (grupo de morbilidad asociado)
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En 2018,tuvo lugar la puesta en marcha del programa paciente crónico complejo en el sector Alcañiz. A nivel hospitalario, contamos con una unidad de 4 habitaciones dobles (8 camas), un pequeño hospital de día con 3 sillones y una consulta de medicina y enfermería. Al tratarse de un servicio de reciente creación, en la cartera de servicios del hospital, hemos detectado que no tiene bien desarrollado el proceso de la unidad, por lo que consideramos necesario el tener una guía consensuada con la que trabajar

RESULTADOS ESPERADOS

Unificar criterios de actuación ante las distintas situaciones de derivación que se puedan dar en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1227

1. TÍTULO

GESTION POR PROCESOS UNIDAD CRONICO COMPLEJO (UCC) HOSPITAL ALCAÑIZ

programa, así como elaborar una gestión por procesos de la unidad con el fin de evitar en la medida de lo posible el tránsito de estos pacientes por el servicio de urgencias y colaborar con atención primaria como parte fundamental del programa, garantizando la valoración integral de los pacientes crónicos complejos.

MÉTODO

Subproceso de ingreso: camas, ingresos "programados", alta
Subproceso revisión en consulta: revisión programada o urgente. Enfermería/Medicina
Interconsulta virtual con atención primaria (contestación en 48 horas máximo)
Hospital de día programado o valoración urgente
Consulta telefónica (Medicina/enfermería)

INDICADORES

Realización del proceso si/no
% interconsultas contestadas en plazo
% pacientes ingresados con valoración integral (escalas)realizadas
% consultas telefónicas resueltas/ comunicación con A.Primaria tras alta.
% pacientes incluidos en UCC que frecuentan urgencias por descompensación de su problema de salud fundamental
% ingresos UCC fuera de la unidad visitados por enfermería

DURACIÓN

A lo largo 2019

OBSERVACIONES

Tanto enfermería como medicina realiza sesiones clínicas formativas al personal implicado en el circuito asistencial, fundamentalmente en centros de salud del sector.

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 - 2019/0358

1. TÍTULO

DRENAJE PLEURAL PERMANENTE TUNELIZADO

Fecha de entrada: 06/12/2020

2. RESPONSABLE SERGIO FANDOS LORENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA
AGUD CARMONA MONICA
GAVIN BLANCO OLGA
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En febrero de 2019 Sergio Fandos realizó el curso de formación en ecografía torácica y técnicas invasivas Neumológicas.

A lo largo del año 2019 se realizaron un total de 5 sesiones para dar difusión a la técnica entre los profesionales que podrían ser facilitadores de casos o que se pudiesen ver envueltos en la atención de pacientes a los que se les fuese a colocar el drenaje. Se realizó una sesión en el programa de sesiones clínicas de medicina interna y especialidades. Una sesión específica con determinados facultativos de medicina interna, una sesión exclusiva con facultativos de Oncología y dos sesiones con facultativos de Urgencias.

En el Año 2019 se completo un taller con el personal de enfermería de la unidad de Neumología de colocación y manejo del drenaje. En 2020 se realizó un segundo taller de refuerzo para afianzar los conocimientos. Se han valorado aproximadamente 8 pacientes para colocación de drenaje torácico y se ha colocado en dos de ellos. Uno debió ser remitido al Hospital Miguel Servet para colocación ya que no disponíamos del equipo en ese momento. Una paciente rechazo el tratamiento. Tres pacientes recomendados por su médico para drenaje permanente no cumplían criterios al ser valorados por nuestra unidad y fueron remitidos al servicio de Cirugía Torácica. Un paciente se complicó y falleció antes de poder realizar la técnica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se pensaban colocar aproximadamente 10 drenajes. Sin embargo a pesar de ser una técnica ya realizada y con el equipo incluido en sistema aragonés del salud solo se nos concedió el material para colocar un único drenaje en nuestro hospital, esto unido a que sí es una técnica nueva en nuestro hospital y la situación sanitaria especial vivida durante el año 2020 ha hecho que solo coloquemos 2 drenajes (y un tercero que derivamos al HUMS por falta de material en nuestro hospital).

La satisfacción ha sido máxima tanto para la familia como para el paciente en los dos drenajes colocados en nuestro hospital (100%; Objetivo 90%+/-10%)

En el primero de ellos se consiguió la pleurodesis; En el segundo aún no ha transcurrido suficiente tiempo para confirmar pleurodesis por lo que no es valorable, aunque finalmente no se consiguiese se habría alcanzado el objetivo (50%; Objetivo 50% +/-15%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La satisfacción de los pacientes, de sus cuidadores, de los médicos responsables que derivaron los casos a nuestro servicio y del personal implicado de la unidad de Neumología es máxima. Sin un importante impacto todavía (Debido al escaso numero de drenajes colocados) se vislumbra un mejor control de los síntomas en pacientes con derrame pleural crónico o recidivante, consiguiendo un mejor control que evita visitas a consultas, urgencias e ingresos hospitalarios. Apostamos por seguir realizando y dando valor a ésta técnica y seguiremos trabajando para aumentar el número de casos y mejorar nuestros resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/358 ===== ***

Nº de registro: 0358

Título
DRENAJE PLEURAL PERMANENTE TUNELIZADO

Autores:
FANDOS LORENTE SERGIO, ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA, AGUD CARMONA MONICA, GAVIN BLANCO OLGA, ALVAREZ ALEJANDRO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0358

1. TÍTULO

DRENAJE PLEURAL PERMANENTE TUNELIZADO

Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Enfermedades Oncológicas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetividad .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ha detectado un deficit en el tratamiento de los derrames pleurales crónicos, recidivantes y/o malignos. En pacientes con estos tipos de derrame que no eran subsidiarios por distintos motivos de tratamiento quirurgico, hasta ahora la única alternativa que se les estaba ofreciendo eran medidas paliativas mediante toracocentesis seriadas o tratamientos sedantes. La utilización de un drenaje permanente tunelizado permite ofrecer un tratamiento menos agresivo que la cirugía o la pleurodesis química. Hasta ahora no había ningún profesional formado en esta técnica en el hospital de Alcañiz. En los centros en los que esta técnica ya esta instaurada se ha conseguido un mayor confort de los pacientes con derrame crónico, evitando la realización de toracocentesis seriadas y reduciendo las visitas hospitalarias e incluso en un número importante de casos se ha conseguido la pleurodesis completa, solucionando el derrame pleural.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera conseguir la pleurodesis en pacientes que por alto riesgo no pueden beneficiarse de un tratamiento mediante pleurodesis química o quirúrgica. En los pacientes en los que no se consiga una pleurodesis se obtendra un mayor confort a la hora de tratar los síntomas ocasionados por el derrame pleural, dando la opción al paciente de hacer evacuaciones en el propio domicilio sin necesidad de acudir al hospital y sin necesidad de realizar nuevas toracocentesis.

MÉTODO

- 1) Curso de formación en ecografía y tecnicas invasivas neumológicas (Febrero de 2019)
- 2) Sesiones clínicas una general dentro del programa de sesiones clínicas del Hospital y dos más concretas dirigidas a facultativos de medicina Interna y Facultativos de Oncología con el fin de señalar pacientes diana, criterios de inclusión y exclusión y establecer un protocolo de actuación una vez se ha detectado un paciente subsidiario de este tratamiento (Marzo-Mayo 2019)
- 3) Taller con enfermería de Neumología para instruir en la tecnica de colocación de drenaje y cuidados posteriores (Marzo 2019)
- 4) Los recursos necesarios son personal formado (Neumologo ya formado y 2 enfermeras que recibirán formación) y el sistema de drenaje (ya introducido en el sistema aragones de Salud, pendiente de ser aceptado en el Hospital de Alcañiz)
- 5) Esta tecnica supone una nueva oferta de tratamiento por parte del servicio de Neumología. Se prevé inicialmente una realización aproximada de 1 técnica al mes, por lo que no hay que abrir una nueva agenda ni va a suponer una merma en el resto de la actividad del servicio.

INDICADORES

- 1) Numero de drenajes colocados (10 +/- 3) Registro del servicio
- 2) Número de pleurodesis conseguidas (50% +/- 15%) Registro del servicio
- 3) Numero de pacientes satisfechos con el sistema (90% +/- 10%) Encuesta

DURACIÓN

Se prevee empezar con el proyecto en el mes de Marzo (Tan pronto como consigamos el sistema de drenaje)
Sergio Fandos (Encargado de realizar la técnica, dará formación a enfermería, impartirá la sesión clínica general)
Marta Alquezar y Monica Agud (Realizarán la técnica junto a Sergio Fandos, instruirán al paciente y a las familias en el manejo domiciliario del drenaje)
Olga Gavín (Coordinadora de Medicina Interna para informar a sus compañeros sobre la implantación de la técnica, ayudandoles a seleccionar pacientes diana que se beneficien de la misma)
Maria Alvarez (Coordinadora de Oncología para informar a sus compañeros sobre la implantación de la técnica, ayudandoles a seleccionar pacientes diana que se beneficien de la misma)

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) .:
ATENDE LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0077

1. TÍTULO

INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 17/12/2020

2. RESPONSABLE CARLOS COLAS OROS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Diciembre de 2019 relatábamos el diseño de actividades realizadas

- Se constituyó la subcomisión del código sepsis que tiene como función desarrollar el procedimiento del código sepsis y monitorizar la implantación del procedimiento en el hospital
 - Se ha terminado el procedimiento, incluyendo un algoritmo de manejo de la procalcitonina, que se aprobó en la comisión de evaluación de cartera de servicios, para la evaluación de la efectividad del tratamiento antibiótico y el planteamiento del desescalamiento si procede.
 - Por parte del laboratorio se ha creado el perfil del código sepsis para asegurar que no falte ningún parámetro analítico en el primer bundle
 - Se han elaborado posters con el algoritmo del código sepsis para ser colgados en los boxes de urgencias.
 - Creación de un registro de activación de código sepsis en las plantas
 - El procedimiento se ha revisado por el equipo PROA y la comisión de infecciones
- El plan de implantación comenzó en el mes de febrero en el que se dieron las dos primeras sesiones, pero en la primera semana de Marzo las medidas contra la pandemia interrumpieron la implantación, especialmente en nuestro caso del Servicio de Urgencias, por lo que el proyecto continuará cuando se pueda volver a la normalidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Sin completar el despliegue

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Lo valoraremos cuando se implemente

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/77 ===== ***

Nº de registro: 0077

Título
INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
COLAS OROS CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el año 2015, en urgencias del hospital de Alcañiz comenzó a implementarse la estrategia de código sepsis. La sospecha se inicia con un aplicativo de PCH que avisa en el triaje de sospecha de paciente con sepsis, por lo que requiere evaluación del médico para diagnóstico y actuación precoz. Sin embargo, dicha intervención nunca se ha documentado, ni se ha monitorizado su aplicación, de tal forma que es un protocolo implícito que puede sufrir variaciones individuales en su aplicación, así como relajación a lo largo del tiempo. Además, esta estrategia no se ha llegado a implementar en las plantas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0077

1. TÍTULO

INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

RESULTADOS ESPERADOS

Asegurar la implementación del código sepsis tanto en urgencias como en las plantas del hospital de Alcañiz. Monitorización periódica de indicadores de la implantación del código sepsis e implementación de acciones correctivas cuando proceda.

MÉTODO

- Elaboración de un protocolo de aplicación del código sepsis en el hospital de Alcañiz para ser aplicado en el servicio de Urgencias y en los pacientes ingresados.
- Formación al personal médico y de enfermería
- Elaboración de póster, trípticos de bolsillo y colocación del proyecto en la intranet del sector

INDICADORES

% de pacientes atendidos en urgencias con medición de lactato en la primera hora desde que se activa la sospecha (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sospecha de código sepsis a los que se ha pedido antibiograma antes de iniciar tratamiento empírico (Objetivo: > 90%)
% de pacientes en los que se ha iniciado antibioterapia antes de la primera hora desde que se activa la sospecha (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico y último lactato mayor de dos en los que se ha solicitado nueva determinación a las dos horas (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico en los que se ha normalizado el lactato en < 24 horas
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico en los que se ha normalizado la presión arterial en < 24 horas
Mortalidad por sepsis (Objetivo: reducción)

DURACIÓN

- Marzo-Julio: elaboración del procedimiento clínico
- Septiembre-Octubre: formación en plantas, elaboración y difusión de materiales
- Enero 2019: monitorización de los primeros meses

El proyecto va a tener carácter plurianual y será monitorizado 2 veces al año a partir de 2019 hasta que se considere consolidado y quede en monitorización anual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **