

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

PROYECTOS RECIBIDOS EN LA CONVOCATORIA PARA 2014

Número de proyectos: 28 (Actualizado el lunes 28 de abril de 2014 a las 10:16:26 horas)

Sector ALCANIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	Rg	Título
AL	AP	CS ALCORISA	BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL	308	MEJORA DEL INDICADOR DE PACIENTES CON EPOC FUMADORES A QUIENES SE LES HA REALIZADO UNA ESPIROMETRÍA
AL	AP	CS ALCORISA	BUÑUEL GRANADOS JOSE MIGUEL	313	MEJORA DEL INDICADOR DE TIEMPO DE ESPERA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES MENORES DE PIEL
AL	AP	CS CALACEITE	BIMBELA SERRANO MARIA TERESA	23	PROGRAMACION DE LA CONSULTA DE A.P. PARA LA EDUCACION DEL PACIENTE CRONICO. PROYECTO PILOTO PARA MANTENIMIENTO DE PESO TRAS TERAPIA DE ADELGAZAMIENTO
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	RIOS LAZARO MIGUEL JESUS	210	PROYECTO DE MEJORA DE LA TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES RECIBIDOS POR VIA TELEFONICA DURANTE EL PERIODO DE ATENCION CONTINUADA
AL	AP	CS MUNIESA	GORGHOJO ITOIZ MARIA DEL PUY	495	IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA DE EVALUACION DEL PIE DE RIESGO EN EL CENTRO DE SALUD MUNIESA
AL	HOSP	H ALCANIZ	ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA	328	APORTACIÓN DE UNA CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN LAS CONSULTAS DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ALCANIZ
AL	HOSP	H ALCANIZ	ANDREU GISBERT PILAR	35	IMPLANTACION DE DOCUMENTO DE REGISTRO DE VALORACION DE CONTROL DE POSPARTO INMEDIATO DESDE LA UNIDAD DE PARTORIO
AL	HOSP	H ALCANIZ	ARRUFAT ANDREU MARIA TERESA	424	AMPLIACIÓN DEL PROCESO DEL BLOQUE QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL DE ALCANIZ
AL	HOSP	H ALCANIZ	BELENGUER CARRERAS LINA MARIA	46	EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE CON LA ATENCION RECIBIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS COMO PRIMER PASO DE LA METODOLOGIA IFAN
AL	HOSP	H ALCANIZ	BLASCO CASORRAN MARTA	244	ESTRATEGIA DE MEJORA DE LOS BOTIQUINES DE LAS PLANTAS DEL HOSPITAL DE ALCANIZ MEDIANTE LA GESTION POR PROCESOS
AL	HOSP	H ALCANIZ	BUIL LANASPA BERTA	234	PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN DEL DESPERTAR INTRAOPERATORIO
AL	HOSP	H ALCANIZ	CALDERON AGUIRRE PATRICIA	369	SEGURIDAD CLÍNICA EN EL PROCESO DEL BLOQUE QUIRURGICO. ALGORITMO DE ACTUACIÓN MANEJO DE VIA AÉREA DIFÍCIL
AL	HOSP	H ALCANIZ	CRUZ LOPEZ ANA MARIA	400	ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD CLÍNICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCANIZ
AL	HOSP	H ALCANIZ	CURRAS MATEO MARIA DOLORES	138	PROTOCOLO DE VACUNACIÓN ADULTOS GRUPOS ESPECIALES SECTOR ALCANIZ (ATENCIÓN PRIMARIA-ATENCIÓN ESPECIALIZADA)
AL	HOSP	H ALCANIZ	FANDOS LORENTE SERGIO	58	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD DE NEUMOLOGIA. INFORMACION AL PACIENTE EPOC
AL	HOSP	H ALCANIZ	GARAFULLA GARCIA JESUS	283	SEGURIDAD CLINICA EN EL PROCESO DEL BLOQUE QUIRURGICO
AL	HOSP	H ALCANIZ	GASCON POLO PILAR	425	IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA DE LA OMS EN EL HOSPITAL DE ALCANIZ
AL	HOSP	H ALCANIZ	GONZALEZ VAQUERO CARMEN	176	PROCESO DE CIRUGIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DE ALCANIZ
AL	HOSP	H ALCANIZ	HEREDIA FERRER LOURDES	151	GESTIÓN DEL PROCESO DE TRATAMIENTOS AMBULATORIOS EN EL HOSPITAL DE ALCANIZ
AL	HOSP	H ALCANIZ	HERRERO CENTELLES MARIA JESUS	407	MEJORANDO LA INFORMACION DE LA CONSULTA DE OBSTETRICIA
AL	HOSP	H ALCANIZ	LAHOZ PASCUAL MARIA ISABEL	448	IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN ATENCION PRIMARIA, PARA POBLACION DE BAJO RIESGO. COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES
AL	HOSP	H ALCANIZ	LAHOZ ROMEO MARI	164	ESTRATEGIA DE MEJORA DE LOS BOTIQUINES DE LAS PLANTAS DEL HOSPITAL DE ALCANIZ MEDIANTE LA GESTION POR PROCESOS
AL	HOSP	H ALCANIZ	MUÑOZ FARJAS ELENA	186	PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HIPOVITAMINOSIS B12 EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCANIZ
AL	HOSP	H ALCANIZ	NAVARRO PARDOS CARMEN	81	PROCEDIMIENTO SOBRE PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA (PAC)
AL	HOSP	H ALCANIZ	PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS	123	INTEGRACION DE LOS REGISTROS DE VACUNACION DEL SERVICIO DE PREVENCION Y LOS DEL ATENCION PRIMARIA POR MEDIO DEL PROGRAMA INFORMATICO OMI AP
AL	HOSP	H ALCANIZ	SAHAGUN PAREJA JUAN	130	ELABORACION E IMPLANTACION DE UNAS RECOMENDACIONES PARA ATENCION PRIMARIA DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES COLONIZADOS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA (SARM)
AL	HOSP	H ALCANIZ	SOLE LLOP ESTHER	228	DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD POR PROCESOS EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE ALCANIZ SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189
AL	HOSP	H ALCANIZ	VARELA MARTINEZ ISABEL	163	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL AREA DE PACIENTES AMBULANTES ONCOLOGICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

308

**MEJORA DEL INDICADOR DE PACIENTES CON EPOC FUMADORES A QUIENES SE LES HA REALIZADO UNA
ESPIROMETRÍA**

2. RESPONSABLE JOSE MIGUEL BUÑUEL GRANADOS

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ALCORISA
- Localidad ALCORISA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHEZ-CELAYA DEL POZO CARMEN. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA
- BONDIA HERRERO MARIBEL. ENFERMERO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los indicadores del contrato programa de 2013 referido a PACIENTE EPOC CON ESPIROMETRÍA Y PORCENTAJE DE PACIENTES EN SEGUIMIENTO CON EPOC CON INTERVENCION SOBRE HABITO TABÁQUICO, los resultados siguen estando por debajo del estándar esperado.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hemos aumentado algo a lo largo del 2013, pero sin llegar al estándar, lo que puede ser debido a que durante este año ha habido varios cambios de personal sanitario en el centro.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar los resultados de cobertura hasta el estándar mínimo esperado en ambos indicadores.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Sesión clínica de actualización en manejo de EPOC: guía EPOC del SALUD y GesEPOC. (C.Sanchez-Celaya)

- Criterios diagnósticos en EPOC (Estrella Adrián)
- Abordaje del paciente con hábito tabáquico (Maribel Bondía)
- Registro en OMI de espirometrías e intervención sobre hábito tabáquico (J.M.Buñuel)

Modificación de la agenda de enfermería para derivación de pacientes diagnosticados de EPOC y aquellos fumadores mayores de 40 años sin diagnóstico de EPOC.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Porcentaje de pacientes con diagnóstico EPOC en que se haya realizado al menos una espirometría en los últimos 2 años.

- Porcentaje de pacientes con diagnóstico EPOC con intervención sobre hábito tabáquico.
- Porcentaje de pacientes fumadores mayores de 40 años en los que se haya realizado , al menos una espirometría.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Desde mayo 2014 hasta diciembre 2014

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 1 Nada |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

313

1. TÍTULO

MEJORA DEL INDICADOR DE TIEMPO DE ESPERA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES MENORES DE PIEL

2. RESPONSABLE JOSE MIGUEL BUÑUEL GRANADOS

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ALCORISA
- Localidad ALCORISA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHEZ-CELAYA DEL POZO CARMEN. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA
- CALVO ORRIOS FERNANDO. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA
- GIL VALERO CARLOS. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA
- ADRIAN MONFORTE ESTRELLA. MEDICO/A. CS ALCORISA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Debido a la lista de espera que se ha ido generando en dermatología, se produce un retraso en la atención y biopsia en pacientes con lesiones de piel.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Si practicamos cirugía menor en las lesiones susceptibles de ello en Atención Primaria, podremos disminuir la lista de espera de dermatología de los pacientes del Centro de Salud de Alcorisa ,disminuyendo el tiempo desde la consulta en Atención Primaria por una lesión susceptible de exéresis hasta la extirpación de la misma , de forma que se adelante el diagnóstico anatomo-patológico de la lesión

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Sesión clínica para valorar las lesiones tratables en Atención Primaria. (J.M Buñuel)
- Repaso y actualización del circuito de recogida, almacenamiento y envío de las muestras al Sº de Anatomía Patológica del Hospital de Alcañiz (C.Sanchez-Celaya)
- Modificar las agendas, con la creación de una agenda específica de CIRUGIA MENOR.
- Creación de unos turnos de responsables semanales de dicha consulta8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Tiempo de espera desde la consulta hasta el diagnóstico anatomopatológico
- Tiempo de espera hasta ser vistos en consulta de dermatología por otros motivos no susceptibles de cirugía.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Desde mayo 2014 hasta diciembre 2014

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|---------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 1 Nada |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

023

PROGRAMACION DE LA CONSULTA DE A.P. PARA LA EDUCACION DEL PACIENTE CRONICO. PROYECTO PILOTO PARA MANTENIMIENTO DE PESO TRAS TERAPIA DE ADELGAZAMIENTO**2. RESPONSABLE** MARIA TERESA BIMBELA SERRANO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS CALACEITE
- Localidad CALACEITE
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALCÁINE PARICIO ANA ISABEL. MEDICO/A. CS CALACEITE. ATENCION CONTINUADA EN AP
- BERNUES VAZQUEZ LUIS. MEDICO/A. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA. FISIATRIA Y ENFERMERIA
- MILLAN GINER CLEMENTE. MEDICO/A. CS CALACEITE. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La obesidad es uno de los mayores problemas de la salud pública. Se trata de una enfermedad compleja y multifactorial que refleja un trastorno de la regulación del apetito y del metabolismo, influenciado por factores fisiopatológicos y bioquímicos, factores genéticos y hereditarios y también factores culturales psicosociales relacionados con el entorno. Actualmente, un gran número de personas consideran que es un problema de falta de voluntad porque se come demasiado o no se hace bastante actividad física. Sin embargo, varios millones de personas en Europa se esfuerzan en adelgazar, mediante un régimen dietético y los resultados son desalentadores. Las estadísticas admiten que si la mayoría de los candidatos en el proceso del adelgazamiento pierden un promedio de 10% de su peso corporal, vuelven a ganar las dos terceras partes en el año siguiente y la tercera parte en los 5 años que siguen. Todos esos hechos ponen en evidencia que los métodos de adelgazamiento aislados son de un modo general, ineficaces a largo plazo. Por ello, mediante el desarrollo de un programa piloto de mantenimiento de peso se pretende contribuir a la optimización del tratamiento de la obesidad a largo plazo desde la consulta de Atención Primaria, coordinando la consulta de medicina y enfermería, sistematizando el diagnóstico, tratamiento, control y educación nutricional de este grupo de pacientes. Así mismo, se tratará de fomentar la responsabilidad, el autocuidado y el autocontrol en cada paciente, evitando de este modo, actitudes de dependencia hacia el profesional sanitario que puedan favorecer consultas recurrentes e innecesarias durante años debido a sentimientos de culpabilidad o inseguridad una vez finalizado el tratamiento.

Al concluir el programa, cada individuo tendrá conocimientos suficientes para el manejo de su control de peso. Durante el primer año acudirá cada 3 meses con sus autoregistros a la consulta de enfermería y después anualmente a la consulta de medicina con sus autoregistros para petición de analítica y registro de la evolución del tratamiento. De este modo, se tratará de evitar la saturación permanente de la consulta de Atención Primaria, permitiendo la inclusión de nuevos pacientes, se podría ampliar la duración de cada consulta programa si fuera preciso e incluso desarrollar otros programas: HTA, Diabetes, Colesterol...el resto de la semana.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. - Indicador de adhesión al proyecto: nº de personas que acuden a las revisiones/nº de personas citadas x 100:

- 21 hombres/26 hombres
- 19 mujeres/24 mujeres
- 39 pacientes/50 pacientes

- % de peso reducido tras el programa de pérdida de peso:

- 7,77% del peso inicial acompañado , al menos de 4horasde actividad física semanales en aquellas personas cuyas actividades laborales son diferentes a laagricultura, albañilería y ganadería.
- 2,27% del peso inicial en la última medición de los pacientes que abandonaron.

- % de abandonos del tratamiento y % de seguimiento del tratamiento:

- 25% MUJERES 23,08% HOMBRES
- 75% MUJERES 76,92% HOMBRES

-Tiempo medio dedicado en cada citación de la consulta:

- Detección pacientes con criterios de inclusión y analítica
- Antropometría y entrevista (30 min)
- Autoregistro alimentario y planificación del tto individual (dieta)
- Entrega y explicación de dieta (15 min) control tto 2-3 semanas (15 min)
- Reevaluación del tto individualizado y resolución de problemas en cada control planeado
- 3 sesiones educación individuales al finalizar (30 min/sesión)
- Altas al finalizar tto o no evolucion a los 10 meses
- Reevaluación de continuación tto (30 min)
- Evaluación de los resultados obtenidos durante el proyecto
- Reuniones EAP

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. -Conseguir mantemiento de peso tras finalizar tratamiento para pérdida de peso con una oscilación máxima de 1kg a lo largo del año

- Mejoría de la autopercepción de la salud del propio paciente al finalizar el tratamiento
- Mayor responsabilidad, autocuidado y autocontrol de cada paciente sobre su propio tratamiento.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

023

PROGRAMACION DE LA CONSULTA DE A.P. PARA LA EDUCACION DEL PACIENTE CRONICO. PROYECTO PILOTO PARA MANTENIMIENTO DE PESO TRAS TERAPIA DE ADELGAZAMIENTO

- Evitar actitudes de dependencia hacia el profesional sanitario que puedan favorecer consultas recurrentes e innecesarias durante años debido a sentimientos de culpabilidad o inseguridad una vez finalizado el tratamiento.
- Evaluación y percepción favorable del paciente de la calidad del tratamiento recibido al finalizar el proyecto.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1.- Sesiones de educación alimentarias individuales, en las cuales se tratarán temas como: raciones intercambiables, alimentación equilibrada, distribución de los grupos de alimentos a lo largo del día y la semana, falsos mitos y creencias de la alimentación, comprensión del etiquetado de los productos, alimentos light...
2.- Planificación personalizada de régimen alimentario de mantenimiento y actividad física partiendo de la encuesta previa de consumo semanal realizada en el proyecto de mejora de calidad de 2013 y del patrón alimentario llevado durante el régimen de adelgazamiento.
3.- Consultas de control antropométrico: cálculo individualizado de la dieta a prescribir del metabolismo basal y gasto energético (Ej: Harris- Benedict) y una determinación de la composición corporal mediante Tanita, báscula, cinta métrica...
4.- Valoración y evaluación del propio paciente de la calidad del tratamiento recibido.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - Indicador de adhesión al proyecto: nº de personas que acuden a las revisiones/nº de personas citadas x 100
- % de personas que logran el mantenimiento de peso a lo largo de 2014 cuya oscilación no sea mayor de +/- 1kg
- % de abandonos del tratamiento
- Tiempo medio dedicado en cada citación de la consulta
- Valoración del paciente de la calidad del tratamiento recibido

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Revisión y planificación del tto de mantenimiento individual (gasto energético, dieta y actividad física): Consulta Enfermería Febrero-Mayo 2014
- Entrega y explicación de dieta: Consulta Enfermería Febrero-Mayo 2014
- Control trimestral del tto, revisión de autocontroles de peso del propio paciente y resolución de problemas planeados: Enfermería Mayo 2014-Enero 2015
- 3 Sesiones educación individual para resolución de dudas en los controles de peso previstos : Consulta Enfermería
- Encuesta de valoración de la calidad del tratamiento recibido: Consulta Medicina/Enfermería Enero 2015
- Evaluación de los resultados obtenidos durante 9 meses del proyecto de mantenimiento de peso: Medicina/Enfermería Enero 2015

11. OBSERVACIONES. El presente Proyecto de Mejora de Calidad tiene como punto de partida el proyecto de calidad 2013 titulado: "Programación de la consulta de A.P. para la educación del paciente crónico. Proyecto piloto en el tratamiento de la obesidad", cuyos resultados totales se finalizan en el mes de abril de 2014.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Educación para la salud

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Obesos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|---------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 4 Mucho |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

210

PROYECTO DE MEJORA DE LA TOMA DE DATOS EN AVISOS URGENTES RECIBIDOS POR VIA TELEFONICA DURANTE EL PERIODO DE ATENCION CONTINUADA

2. RESPONSABLE MIGUEL JESUS RIOS LAZARO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS MAS DE LAS MATAS
- Localidad MAS DE LAS MATAS
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- LATORRE BARTOLO SILVIA. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
- VILLALBA MIR ANA. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
- SALESA ALBALATE ALBERTO. ENFERMERO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION CONTINUADA EN AP
- BERLANGA RUBIO JUAN JOSE. MEDICO/A. CS MAS DE LAS MATAS. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En un aviso urgente la toma de datos rápida y efectiva es clave en la calidad del acto asistencial.

Detectamos pérdida de información en la toma de datos de avisos urgentes que dificultan una atención eficiente y rápida.

En estos momentos, no hay ningun protocolo consensuado de actuación en la toma de datos en nuestro centro de salud. El hecho de tener un guión preestablecido ayudara a mejorar la toma de datos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. No perdida de datos claves, de filiación y clínicos, para una adecuada atención sanitaria urgente.

Mejora de la asistencia domiciliaria urgente en atención continuada.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Creación de una plantilla protocolizada de toma de datos de filiación y clínicos.

Divulgación de la plantilla al equipo de atención primaria.

Colocación de dicha plantilla en formato papel al lado de todos los telefonos del centro de salud en los que se reciben avisos urgentes durante el horario de atención continuada.

Creación de la plantilla: Silvia Latorre Bartolo, Miguel Jesús Ríos Lázaro

Divulgación al equipo: Ana Villalba Mir, Alberto Saleza Albalate.

Colocación de las plantillas: Juan José Berlanga Rubio.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Encuestas a los miembros del equipo a los seis meses del comienzo del proyecto sobre su idoneidad y eficiencia.

Número de planillas rellenas/ número de avisos urgente a domicilio citados en OMI en el periodo de atención continuada.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio Mayo 2014.

Mayo 2014 creación de planilla.

Junio 2014 divulgación y puesta en marcha de la planilla.

Encuestas y revisión del proyecto en Diciembre 2014.

Finalización del proyecto Diciembre 2014

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Procesos organizativos o de administración

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Atención primaria en general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 Bastante |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

495

IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA DE EVALUACION DEL PIE DE RIESGO EN EL CENTRO DE SALUD MUNIESA

2. RESPONSABLE MARIA DEL PUY GORGOJO ITOIZ

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS MUNIESA
- Localidad MUNIESA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FESSENDEN GOMEZ JESSICA. ENFERMERO/A. CS MUNIESA. ATENCION CONTINUADA EN AP
- TOMAS LIZANO CARLOS. ENFERMERO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
- MALLEN EDO MARTA. ENFERMERO/A. CS MUNIESA. ATENCION CONTINUADA EN AP
- FERREIRA PAESA JORGE. MEDICO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
- DE MINGO USON MIGUEL ANGEL. MEDICO/A. CS MUNIESA. ATENCION PRIMARIA
- GONZALEZ ARA ANA MARIA BELEN. MEDICO/A. CS MUNIESA. ATENCION CONTINUADA EN AP
- VILLANUEVA CABRERA ALEX. MEDICO/A. CS MUNIESA. ATENCION CONTINUADA EN AP

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Las nuevas guías de práctica clínica de diabetes establecen la necesidad de evaluar el índice T/B en los pacientes con diabetes, de más de 10 años de evolución, de 50 años y factores de riesgo (tabaquismo, dislipemia o hipertensión).

Por otra parte la actividad de seguimiento del pie diabético es mejorable en nuestro centro de salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Incrementar la exploración correcta del pie diabético para evaluación de riesgo y seguimiento en función de los resultados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Elaboración de procedimiento

2. Formación

3. Medición de resultados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de pacientes con pie diabético explorado con valoración del riesgo del pie.

% de pacientes diabéticos mayores de 50 años con factores de riesgo en los que se ha valorado el índice T/B.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo Junio: Elaboración de procedimiento

Julio-Marzo: Implantación del procedimiento

Diciembre primer corte de evaluación

Abril 2015 evaluación final

11. OBSERVACIONES. El viernes 11 de abril mandé este proyecto en este modelo preestablecido a la dirección

<http://goo.gl/xyKFF>

Ese mismo día recibí confirmación de calidadensalud10@gmail que había recibido este mismo proyecto de mejora y que hacía el proyecto 444

El sábado 12 de abril recibo nuevo correo de calidad en salud 2010 diciéndome que lo debo volver a enviar a la dirección <https://spreadsheets.google.com/viewform?hl=esformkey=dFI5bFR1bS1GNk44S1RmWW45eGY2Ywc6MQ#gid=0> en este formulario preestablecido.

Y así lo hago con este nuevo formulario 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Diabéticos

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 1 Nada |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

328

1. TÍTULO

APORTACIÓN DE UNA CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN LAS CONSULTAS DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ALCANIZ

2. RESPONSABLE MARTA ALQUEZAR FERNANDEZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ALCANIZ
- Localidad ALCANIZ
- Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FANDOS LORENTE SERGIO. MEDICO/A. H ALCANIZ. NEUMOLOGIA
- COLAS OROS CARLOS ENRIQUE. MEDICO/A. H ALCANIZ. URGENCIAS
- MARTINEZ SORIANO MARIA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. HOSPITALIZACION
- GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN. MEDICO/A. H ALCANIZ. NEUMOLOGIA
- VALLEJO GERMOSEN LORENZA. MEDICO/A. H ALCANIZ. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El tabaquismo es la primera causa de muerte evitable en los países desarrollados; a día de hoy los expertos calculan que mueren cada año a consecuencia del tabaco entre 4,5-5 millones de personas al año, y se prevé que para 2020 la cifra ascienda a 10 millones.

Es una enfermedad adictiva crónica, que consiste en una dependencia a la nicotina y que tiene consecuencias cardiovasculares, respiratorias y neoplásicas.

La adicción a la que la nicotina tiene sometidos a estos enfermos suele ser muy acusada y por lo cual suelen precisar mucha preparación y ayuda para conseguir llevar a cabo la deshabituación tabáquica.

La influencia del factor económico de esta enfermedad en el SNS es más que acusada, los cálculos derivados de la mortalidad causada por el tabaco para 2027 rondan los 32000 afectados en España con unos costes económicos que oscilan los 7000 millones de euros.

(Jimenez Ruiz Carlos A., Fagestrom Karl O., Tratado de tabaquismo 3ª Edición, Madrid,2012.), (El abandono del tabaco en fumadores con EPOC supondría un importante ahorro sanitario, nota de prensa, SEPAR, 2/1/2014)

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar el número de pacientes exfumadores entre los enfermos respiratorios de la consulta de Neumología. Esto lo llevaremos a cabo motivando con educación a que los pacientes dejen el hábito tabáquico y ayudando con nuestros conocimientos a los que lo precisen.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Ofertar a los pacientes que acuden a las consultas de neumología el servicio de ayuda (con el profesional cualificado) para llevar a cabo su deshabituación tabáquica.

1º Al ofertar el servicio de valora la fase en la que se encuentra el paciente en relación con su posible deshabituación.

2º Si el paciente no esta preparado se le darán las pautas correspondientes (teóricas, prácticas y por escrito) para que vaya preparándose y se le ofrecerá una cita untiempo después para valorar de nuevo su estado.

3º A los pacientes que estén lo suficientemente preparados para iniciar el proceso se les iniciará una terapia: psicológica, conductual y farmacológica (esta última solo si precisa) para llevar a cabo la deshabituación. Consta de varias citas; la primera antes de dejar de fumar, a la semana de dejar de fumar, al mes, 3 meses, 6 meses y al año.

Para la consulta de dehabituación utilizaremos herramientas científicamente validadas como son:

- Test de Fagestöm para la dependencia física.
- Test de Richmond para evaluar la motivación para dejar de fumar.
- Cooximetría en aire exhalado.
- Test de Glover- Nilsson para valorar la dependencia psicológica y gestual.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. - El número de pacientes que inicien deshabituación tabáquica.

- El número de pacientes que dejen de fumar a los 6 meses de iniciar la intervención.
- El número de pacientes que dejen de fumar a los 12 meses de iniciar la intervención.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Iniciaremos la consulta de dehabituación en Mayo de 2014 y reevaluaremos a finales de 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. PACIENTES FUMADORES CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA DE LA CONSULTA DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ALCANIZ

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. 2 Poco
3. Mejorar utilización de recursos. 4 Mucho

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

328

APORTACIÓN DE UNA CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN LAS CONSULTAS DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

- 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
- 5. Atender expectativas de los profesionales. 4 Mucho

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

035

IMPLANTACION DE DOCUMENTO DE REGISTRO DE VALORACION DE CONTROL DE POSPARTO INMEDIATO DESDE LA UNIDAD DE PARITORIO

2. RESPONSABLE PILAR ANDREU GISBERT
· Profesión MATRONA
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· GUILLEN HERRERO MARIA JESUS. MATRONA. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· GARCIA SALINAS ESPERANZA. MATRONA. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· SEBASTIAN SANZ ASUNCION. MATRONA. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BALFAGON GOMEZ CARMEN. MATRONA. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· BARRABES SANCHEZ MYRIAM. MATRONA. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PEREZ ANGOSTO ESTHER. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· PALOMAR JOVEN MARTA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La historia clínica no es sólo un método de registro asistencial, sino también un vehículo para la comunicación interprofesional y de los distintos servicios que atienden al paciente/cliente, lo que permite la continuidad de sus cuidados.

En el Hospital de Alcañiz, las mujeres, tras el parto, permanecen ingresadas en la sala de dilatación del área de paritorio, para el control y la vigilancia del posparto inmediato. Este periodo es valorado por las matronas, para después trasladar a la mujer a la planta de puerperio donde es controlada por enfermería.

Hasta ahora no existía un documento de registro de la asistencia de este periodo, y se realizaba en el partograma, en el que a veces no había espacio y la información se presentaba desordenada, dando lugar a dudas en la planta sobre la atención y necesidades de la puerpera.

Por este motivo vimos, desde paritorio, la necesidad de desarrollar una hoja de registro específico para este periodo, en el que se recogiese la valoración, evolución y el plan de cuidados de la mujer durante el puerperio inmediato, facilitando así el cumplimiento y registro de todas las actividades y la continuidad de cuidados por todos los profesionales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Con esta Hoja de Registro del Posparto pretendemos conseguir un registro correcto, sencillo en su desarrollo y del que se obtenga fácilmente la información sobre la valoración, evolución y las actividades asistenciales que se hacen desde el área de paritorio, para que pueda existir una buena comunicación con los distintos profesionales que trabajan en el puerperio y una adecuada continuidad de los cuidados.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. La idea de este proyecto surgió hace 9 meses. Desde entonces ha habido varias reuniones de matronas para el desarrollo de una Hoja de Registro del Posparto consensuada por todas. Como este documento sería también usado por el personal de enfermería, se informó a la supervisora de la Unidad para que fuese valorado y que nos remitieran los cambios que creían necesarios. La Hoja de Registro del Posparto, ya modificada, se envió a la Comisión de Calidad del Hospital para que dieran el visto bueno para su utilización.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tras un año de implantación de la Hoja de Registro del Posparto se pasará a la unidad de enfermería un test para evaluación de la idoneidad de la misma, así como los aspectos de mejora

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Mayo-Junio 2013: Reunión de matronas del área de paritorio del Hospital de Alcañiz para desarrollar una Hoja de Registro del Posparto consensuada

- Julio 2013: Presentación de la Hoja de Registro del Posparto al personal de enfermería de la planta de puerperio para su evaluación y criterios de mejora

- Septiembre 2013: Presentación de la Hoja de Registro del Posparto a la Comisión de Calidad del Hospital de Alcañiz para su aprobación

- Diciembre 2013: Implantación de Hoja de Registro del Posparto en todas las historias clínicas de los partos, excepto en cesáreas programadas

- Enero 2015: evaluación de la la Hoja de Registro del Posparto

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. edad fértil
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. posparto

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- 1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho
- 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. 4 Mucho
- 3. Mejorar utilización de recursos. 2 Poco

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD 035

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE DOCUMENTO DE REGISTRO DE VALORACION DE CONTROL DE POSPARTO INMEDIATO DESDE LA UNIDAD DE PARITORIO

- 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
- 5. Atender expectativas de los profesionales. 4 Mucho

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

424

1. TÍTULO

AMPLIACIÓN DEL PROCESO DEL BLOQUE QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE MARIA TERESA ARRUFAT ANDREU

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CARRILLO MOROTE SUSANA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANO
- ESPINAL HERNANDEZ ANDREA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANO
- PEDROS SALVO TERESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANO
- OLIVER MARIN LAURA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANO
- CALDU AGUD MARIA DEL CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANO
- GIMEMEZ GIMENO CRISTINA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El año pasado se diseñó y se puso en marcha el proceso del bloque quirúrgico en el hospital de Alcañiz, priorizando los procesos, subprocesos y procedimientos considerados esenciales. Sin embargo quedaron algunos procedimientos por establecer que vamos a desarrollar este año:

- Manual de acogida del bloque quirúrgico: normas de circulación en el área quirúrgica y normas de higiene.
- Limpieza y desinfección de instalaciones y equipos
- Gestión de residuos

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Continuar normalizando el proceso del bloque quirúrgico

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Creación del grupo de trabajo

- Elaboración de los procedimientos
- Difusión al personal.
- Entrega al personal de acogida
- Colgado de los procedimientos en la intranet

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Monitorización de incidencias.

Memoria anual del proceso (revisión por la dirección)

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2014: creación del grupo de trabajo

Mayo- Junio 2014: Elaboración de los procedimientos

Julio-Septiembre 2014: entrega del manual de acogida al personal de nueva incorporación

Diciembre 2014. Memoria anual. Reevaluación

11. OBSERVACIONES. TAMBIÉN PARTICIPA EN ESTE PROYECTO CARMEN GONZÁLEZ VAQUERO11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 Bastante |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 4 Mucho |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

046

EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE CON LA ATENCION RECIBIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS COMO PRIMER PASO DE LA METODOLOGIA LEAN

2. RESPONSABLE LINA MARIA BELENGUER CARRERAS

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- COLAS OROS CARLOS ENRIQUE. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
- VALLEJO GERMOSEN LORENZA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
- CRUZ LOPEZ ANA MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
- SAURAS NAVARRO MAITE. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
- SAENZ BELMONTE MARIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
- ARNAS LASMARIAS EVA MARIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
- ROS LLOP TERESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Algunos autores definen la satisfacción como la coincidencia entre las expectativas y los resultados. Difícil de definir en el ámbito sanitario corresponde a una construcción multidimensional compleja de una serie de componentes: la percepción del usuario del servicio, del personal sanitario y la evaluación del usurario de los resultados del cuidado otorgado. Los objetivos de los planes sanitarios en relación a la atención urgente, van dirigidos a la mejora de la satisfacción de la población atendida, aumento de la calidad científico-técnica y la mejora de su eficiencia en términos de costes y resultados. El modelo de gestión Lean Managment , denominado en el sector sanitario como Lean healthcare tiene como principio ofrecer mejor calidad asistencial , optimizando recursos sanitarios para poder así obtener mayor beneficio con el mínimo coste posible. La metodología Lean se fundamenta en un proceso de 5 pasos:

1. El primer paso consiste en definir y entender el VALOR desde el punto de vista del cliente (paciente) definido como grado de satisfacción del servicio recibido.
2. Definir el Flujo de Valor
3. Crear Flujo continuo
4. Adaptar la asistencia al ritmo de la demanda
5. Buscar la excelencia a través de la mejora continua

Con el fin de mejorar la calidad asistencial y la gestión de nuestro servicio , creemos necesario medir la satisfacción del paciente como primer paso en la implantación de la metodología Lean.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Evaluar el grado de satisfacción global de los usuarios del servicio de urgencias de nuestro hospital respecto a la atención recibida y conocer los aspectos susceptibles de mejora.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. El grado de satisfacción de los pacientes se medirá mediante cuestionario elaborado por el grupo basado en los cuestionarios SERVQHOS y SERVQURG.

Se entregará en el Set de Triage y se recogerá al final de su estancia en urgencias . Se excluirán los pacientes que presenten dificultades idiomáticas o alteraciones mentales que no garanticen la comprensión del cuestionario sino hay acompañante que pueda responder por ellos, y los que trabajen o tengan relación familiar con los trabajadores del hospital. En pacientes < 18 años realizarán el cuestionario los familiares que le acompañen durante su estancia en urgencias.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de pacientes que responden al cuestionario
Revisión mensual de cuestionarios

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo- Junio 2014: Elaboración del cuestionario

Julio - Diciembre 2014 : Recogida de datos

Enero - marzo 2015: Tratamiento estadístico- Valoración de resultados - Comunicación de resultados en Sesión Clínica y Propuesta de mejoras.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. SATISFACCION

OTRA PALABRA CLAVE 2. CALIDAD ASISTENCIAL

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. 3 Bastante

1. TÍTULO

**EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE CON LA ATENCION RECIBIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
COMO PRIMER PASO DE LA METODOLOGIA LEAN**

- 3. Mejorar utilización de recursos. 3 Bastante
- 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
- 5. Atender expectativas de los profesionales. 3 Bastante

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

244

ESTRATEGIA DE MEJORA DE LOS BOTIQUINES DE LAS PLANTAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ MEDIANTE LA GESTION POR PROCESOS

2. RESPONSABLE MARTA BLASCO CASORRAN

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- VARELA MARTINEZ ISABEL. FARMACEUTICO/A. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITALARIA
- TRALLERO BIELSA ALBERTO. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. 3ARIA PLANTA
- PALOMAR JOVEN MARTA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. 2ARIA PLANTA
- ARAGONES VILLANUEVA CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. 4ARIA PLANTA
- GARCIA ARBIOL MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. 5ARIA PLANTA
- PEREZ ANGOSTO ESTHER. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. 6ARIA PLANTA
- GONZALEZ VAQUERO CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANO

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dentro de la gestión del proceso de hospitalización se ha detectado que los botiquines del hospital de Alcañiz carecen de un sistema organizativo estandarizado y no están regulados aspectos clave como rotura de stock y la ordenación de los fármacos sigue criterios dispares en los distintos botiquines (ordenación por marca, principio activo...) mezclándose con muestras de origen externo.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Botiquines ordenados por principio activo y forma de presentación farmacéutica con eliminación de muestras de origen no controlado, con aseguramiento de los stocks mínimos y control de caducidades verificado mensualmente. Verificación de la cadena del frio en los termolábiles.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Creación de un equipo de mejora formado por farmacéutica y enfermeras de planta

2. Definición de un procedimiento de gestión de botiquines en plantas que identifique:

- Listado de fármacos
- Stock estándar
- Stock mínimo
- Revisión de caducidades
- Identificación de fármacos de origen externo
- Organización por principio activo y forma de presentación
- Ordenación por método FIFO

3. Implantación mediante acción formativa en todas las plantas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Realización de auditorias internas cruzadas en el hospital mediante check list. De entrada se realizará auditoría inicial y posteriormente auditorías semestrales en el primer año.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2014. Elaboración del procedimiento de gestión de botiquines en planta (ya comenzado)

Abril 2014. Auditoria inicial de todos los botiquines de las plantas.

Mayo 2014. Curso de formación a los responsables de botiquines

Mayo-Septiembre: Implantación del procedimiento

Noviembre 2014. Auditoría.

Mayo 2015. Auditoría

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 2 Poco |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 2 Poco |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN DEL DESPERTAR INTRAOPERATORIO

2. RESPONSABLE BERTA BUIL LANASPA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCANIZ
- Localidad ALCANIZ
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GARAFULLA GARCIA JESUS. MEDICO/A. H ALCANIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
- CALDERON AGUIRRE PATRICIA. MEDICO/A. H ALCANIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
- SAIZ GORMAZ JOSE. MEDICO/A. H ALCANIZ. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El hospital está desarrollando en la actualidad una estrategia de gestión por procesos. El proceso del bloque quirúrgico está introduciendo procedimientos de seguridad clínica a partir de estándares internacionales. En este caso queremos elaborar este protocolo partiendo de las directrices de la American Society of Anesthesiologists y la American Association of Nurse Anesthetists. Se estima que entre el 0,1 y el 0,2% de los pacientes que son anestesiados mediante anestesia general tienen alguna forma de despertar intraoperatorio. En los últimos años se han desarrollado gran número de monitores de profundidad anestésica, siendo uno de los más utilizados el índice bispectral (BIS). Es una variable derivada del EEG cuya forma de monitorización de la actividad cerebral mide de forma continua las ondas cerebrales durante la anestesia y analiza los cambios causados en el patrón de EEG acorde con la profundidad anestésica. Los valores son traducidos en un valor adimensional que va desde 0 (EEG isoelectrico correspondiente al coma o a una anestesia muy profunda) hasta 100 en un individuo despierto. Durante el mantenimiento de una anestesia general se debe mantener un índice estable entre 40 y 60; con valores mayores puede producirse despertar intraoperatorio, y con valores menores, una hipnosis muy profunda, depresión cardiovascular y respiratoria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Elaborar un protocolo para prevenir el despertar intraoperatorio basándonos en el uso de la monitorización del índice bispectral (BIS) con el fin de reducir el porcentaje de pacientes con síntomas del mismo, y también disminuir todas las consecuencias del exceso de profundidad anestésica (menor incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios, reducción del consumo de anestésicos y acortamiento del tiempo de recuperación postanestésica).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Revisión de literatura

- Identificación de pacientes en riesgo
- Estrategia de prevención
- Monitorización de profundidad anestésica mediante BIS
- Realizar entrevista postoperatoria estructurada en casos de sospecha
- Registro de incidentes
- Formación
- Evaluación del proceso

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de pacientes que presentan un valor del índice bispectral por encima de 60 en algún momento del mantenimiento de la anestesia general.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Ya disponemos del equipo de monitorización, y vamos a comenzar a aplicarlo.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Pacientes sometidos a intervención quirúrgica con anestesia general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. 3 Bastante
2. Disminuir riesgos derivados de la atención. 4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos. 3 Bastante
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales. 3 Bastante

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

369

SEGURIDAD CLÍNICA EN EL PROCESO DEL BLOQUE QUIRURGICO. ALGORITMO DE ACTUACIÓN MANEJO DE VIA AÉREA DIFÍCIL

2. RESPONSABLE PATRICIA CALDERON AGUIRRE

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCANIZ
- Localidad ALCANIZ
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FORNIES GIMENEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H ALCANIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
- INFANTES MORALES MARTA. MEDICO/A. H ALCANIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
- SAIZ GORMAZ JOSE. MEDICO/A. H ALCANIZ. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En virtud del desarrollo por parte del hospital de la gestión por procesos, cabe el desarrollo de medidas para aumentar la seguridad del bloque quirurgico. La vía aérea está siendo permanentemente motivo de estudios y constituye uno de los items con mas guias y protocolos por lo que debemos incorporar nuestro propio manejo adaptado a los medios existentes en nuestro servicio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir el numero de intubaciones dificultosas como así también las consecuencias derivadas de las mismas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Revision de la literatura

- Identificación de los pacientes en riesgo
- Estrategias de prevención
- Elaboración de procedimientos
- Formación del personal quirurgico
- Registro de incidentes

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Numero de pacientes con via aerea dificil prevista
Numero de pacientes con via aerea dificil resuelta
Numero de pacientes con via aerea dificil no prevista y resuelta

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Fecha inicio prevista Octubre y por el termino de un año

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

400

ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD CLÍNICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE ANA MARIA CRUZ LOPEZ

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GOMEZ ARA ANA MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
- BELENGUER CARRERAS LINA MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
- AZUARA LAGUIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
- CERDA GINER CLARA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. URGENCIAS
- LEIVA COMERAS ANA CARMEN. TCAE. H ALCAÑIZ. URGENCIAS

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Servicio de Urgencias del Hospital de Alcañiz está implantando un sistema de gestión por procesos. Uno de los puntos más débiles detectados hasta ahora es la escasa declaración de incidentes críticos en el servicio. El Hospital dispone de un sistema anonimizado de declaración de incidentes que permitirá el registro si creamos una cultura de seguridad en el servicio.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Aumentar la seguridad del paciente promoviendo una cultura de seguridad que incremente el número de incidentes registrados con la finalidad de analizar causas y proponer acciones correctivas en el menor tiempo posible.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Equipo de proceso: ya existente.

- 2. Sistema de declaración: ya existente
- 3. Formación al personal mediante taller de seguridad clínica
- 4. Análisis de incidentes críticos mediante método causa raíz en el momento en que se detecten
- 5. Propuesta de acciones correctivas o preventivas
- 6. Memoria anual

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Registro de incidencias de urgencias.
Memoria anual de incidentes, acciones correctivas y resultados

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Mayo 2014 Sesión formativa sobre el registro de incidencias.
Septiembre 2014 Taller de seguridad clínica
Junio- Abril 2015: Análisis de incidencias registradas
Abril 2015: Memoria del proceso

11. OBSERVACIONES. 11. OTRO ENFOQUE. SEGURIDAD CLINICA

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- 1. Mejorar resultados de la atención. 4 Mucho
- 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. 3 Bastante
- 3. Mejorar utilización de recursos. 3 Bastante
- 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 4 Mucho
- 5. Atender expectativas de los profesionales. 3 Bastante

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

138

PROTOCOLO DE VACUNACIÓN ADULTOS GRUPOS ESPECIALES SECTOR ALCAÑIZ (ATENCIÓN PRIMARIA-ATENCIÓN ESPECIALIZADA)

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES CURRAS MATEO
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H ALCAÑIZ
 - Localidad ALCAÑIZ
 - Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
 - Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU. FARMACEUTICO/A. H ALCAÑIZ. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
 - ALTABA SANZ BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
 - PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. SALUD LABORAL
 - VARELA MARTINEZ ISABEL. FARMACEUTICO/A. H ALCAÑIZ. FARMACIA HOSPITAL
 - AGUILAR CORTES EDUARDO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA
 - SAHAGUN PAREJA JUAN. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MICROBIOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Uso cada vez más extendido de terapias que ocasionan inmunodepresión, como corticoides, terapias biológicas quimioterapia, trasplantados, asplenia orgánica o funcionales los que se recomiendan pautas de inmunización acordes a grupos de especial riesgo.

Los pacientes son seguidos y tratados a distintos niveles:

Especialidades hospitalarias digestivo, reumatología, neurología, etc. (en general de acuerdo a los criterios de las distintas Sociedades científicas)

Atención Primaria.

La dispersión geográfica de los pacientes que dificulta su centralización para vacunación y seguimiento en un único centro sanitario.

El objetivo del presente proyecto es consensuar un protocolo de vacunación entre los distintos niveles asistenciales.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. En el momento actual se ha realizado:

- Una revisión bibliográfica, incluyendo las guías o protocolos de las distintas sociedades científicas nacionales e internacionales.
- Se ha elaborado un borrador de procedimiento acorde a la revisión bibliográfica.

El objeto del presente proyecto es la implantación del protocolo unificado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Revisión y consenso del protocolo.
-Coordinar la prescripción, vacunación y seguimiento de los pacientes entre los distintos niveles sanitarios.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Revisión y consenso del protocolo:

- Se realizará la distribución a todos los participantes en el proyecto a través de correo electrónico del borrador.
- Se realizarán al menos una reunión para la aprobación del protocolo definitivo.

Coordinación:

-Se realizarán las reuniones necesarias para establecer los circuitos asistenciales que se incluirán en el protocolo.

-Difusión del protocolo resultantes a los profesionales por e-mail e intranet:

Facultativos hospital de Alcañiz.

Coordinadores Centros de Salud.

Implantación:

Se realizará una revisión de las historias clínicas de pacientes que hayan sido vacunados en Atención Primaria en primer trimestre de 2015, con el objeto de evaluar el grado de cumplimiento del protocolo. Se incluirán entre otros los siguientes aspectos: vacunas administradas y adecuación al diagnóstico, dosis, tiempo entre dosis, tiempo entre dosis y tratamiento inmunosupresor, etc. de acuerdo al protocolo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. -Revisión y elaboración protocolo definitivo: de abril a agosto de 2014.
-Circuitos prescripción, tratamiento y seguimiento: de abril a agosto de 2014
-Difusión del protocolo a los profesionales: septiembre-octubre 2014.
-Evaluación grado implantación: primer trimestre de 2015.

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE VACUNACIÓN ADULTOS GRUPOS ESPECIALES SECTOR ALCAÑIZ (ATENCIÓN PRIMARIA-ATENCIÓN ESPECIALIZADA)

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 Bastante |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 2 Poco |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

058

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD DE NEUMOLOGIA. INFORMACION AL PACIENTE EPOC**2. RESPONSABLE** SERGIO FANDOS LORENTE

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE NEUMOLOGIA
- GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. NEUMOLOGIA
- COLAS OROS CARLOS ENRIQUE. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE URGENCIAS
- AGUILON LEIVA JUANJO. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION
- TORRES PEREZ ANTONIO MANUEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. HOSPITALIZACION
- LASSO OLAYO JESUS MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA INTERNA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La EPOC es una enfermedad muy prevalente en nuestro medio (EPISCAN 10.2%), con un importante consumo de recursos sanitarios y un gran impacto y repercusión sobre la salud, hasta el punto que hoy en día es la cuarta causa de defunción y se estima que en 2020 sea la tercera solo por detrás de cardiopatía isquémica y enfermedad cardiovascular (Murray CJ & Lopez AD. Lancet 1997; 349: 1498-1504).

A pesar de la prevalencia e impacto de esta enfermedad es una gran desconocida para la población general. Estudios revelan que menos del 10 % de los pacientes conocen el significado de EPOC y sus características.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Mejorar los conocimientos de los pacientes con enfermedad de EPOC logrando una mejor comprensión de la idiosincrasia de su patología y por tanto una adhesión y seguimiento terapéutico más intensivos.

Se entregará en las consultas de neumología un breve cuestionario que valore los conocimientos de ésta enfermedad por los pacientes. Tras su cumplimentación además de la información verbal de la consulta se entregará el documento escrito mencionado en el párrafo anterior.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de un pequeño, concreto y sencillo documento que explique a los pacientes diagnosticados de esta enfermedad ¿qué es?, ¿por que esta producida? y ¿cuál es la evolución?, así como unas nociones básicas de su tratamiento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador 1: En la siguiente consulta de revisión se entregará nuevamente el mismo cuestionario, realizando una comparación pre-post test antes y después de disponer del documento escrito.

Indicador 2: Se evaluará medidas higienico-dieteticas que hayan tomado los pacientes después de disponer del documento informativo, para ello, en el cuestionario post-test se añadirán preguntas haciendo referencia a esta índole.

Indicador 3: Se evaluará cambios en el cuestionario CAT. Cuestionario estandarizado de control de síntomas en pacientes EPOC.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Elevoración del documento y cuestionarios (lmes: Mayo)

En Junio se empezaría a realizar las evaluaciones pre-test y entregar la información escrita, conforme los pacientes diagnosticados de esta patología acudan a nuestras consultas externas de neumología.

La evaluación post-test se realizará en las futuras revisiones de cada paciente en consulta.

El análisis de resultados de mejora según los tres indicadores anteriormente expuestos se llevará a cabo a los 6 meses de inicio de proyecto y a los 12 meses, es decir, Noviembre 2014 y Mayo 2015

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Información / comunicación / relación con usuario / paciente / familiares**POBLACIÓN DIANA**

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Patología respiratoria crónica

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO**OTRA PALABRA CLAVE 1. EPOC****VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:**

1. Mejorar resultados de la atención. 3 Bastante
2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. 2 Poco

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

058

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD DE NEUMOLOGIA. INFORMACION AL PACIENTE EPOC

- 3. Mejorar utilización de recursos. 3 Bastante
- 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante
- 5. Atender expectativas de los profesionales. 3 Bastante

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

283

1. TÍTULO

SEGURIDAD CLINICA EN EL PROCESO DEL BLOQUE QUIRURGICO

2. RESPONSABLE JESUS GARAFULLA GARCIA

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- FORNIES GIMENEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
- BUIL LANASPA BERTA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION
- INFANTES MORALES MARTA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. ANESTESIA Y REANIMACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El hospital está desarrollando en la actualidad una estrategia de gestión por procesos. El proceso del bloque quirúrgico está introduciendo procedimientos de seguridad clínica a partir de estándares internacionales que en este momento no están estandarizados completamente en nuestro hospital.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Se intentan evitar incidentes críticos relacionados con la alteración de la temperatura corporal que se produce en cualquier paciente anestesiado, haciendo especial hincapié en la hipotermia intraoperatoria (la cual se produce con una frecuencia elevada) y con la hipertermia maligna (entidad muy poco frecuente).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Los métodos vendrán determinados por:

- Revisión de la literatura existente
- Elaboración de procedimientos
- Modificación de formatos existentes (inclusión de la temperatura en la hoja del despertar y en la intraoperatoria)
- Formación al personal quirúrgico
- Registro de incidentes críticos

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Disponer de protocolo colgado en la red
Disposición de protocolo en el quirófano en relación con modo de actuación en la hipertermia maligna (manejo, tratamiento, actuación una vez resuelto...etc)
Memoria de incidentes críticos anual.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Podría iniciarse a partir de octubre-noviembre de 2014 una vez puesto en común con todo el personal del bloque quirúrgico el cual estaría involucrado y una vez revisada la literatura actualizada.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 Bastante |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 4 Mucho |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

425

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA DE LA OMS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE PILAR GASCON POLO
- Profesión ENFERMERO/A
 - Centro H ALCAÑIZ
 - Localidad ALCAÑIZ
 - Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
 - Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- GARCIA CABAÑERO MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANOS
 - TOBEÑAS ZAFORAS CRISTINA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANOS
 - FRAGA MILIAN MARIA CRUZ. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. QUIROFANOS
 - LAHOZ PASCUAL MARIA ISABEL. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. OBSTETRICIA/ GINECOLOGIA
 - BUENO DELGADO ALVARO. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA
 - REMACHA SIENES MARIA. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. GINECOLOGIA/OBSTETRICIA
 - VICENTE LOPEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. GINECOLOGIA/OBSTETRICIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dentro de la implantación de la gestión por procesos en el bloque quirúrgico del Hospital de Alcañiz comenzó a implementarse la lista de verificación de cirugía segura de la OMS (LVCSOMS). Sin embargo los comienzos están siendo muy lentos con apenas una implantación del 3% en el año anterior.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Implantar la lista de verificación de cirugía segura de la OMS, alcanzando en este segundo año al menos un 30% de las intervenciones programadas

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Creación de grupo de trabajo multidisciplinar para adaptar el cuestionario al hospital

- Realización de taller práctico
- Implementación
- Evaluación trimestral de resultados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Pacientes intervenidos de forma programada en los que se ha implementado la LVCSOMS x 100/ Total de pacientes intervenidos

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Mayo 2014: creación de grupo de trabajo

- Mayo- Junio: adaptación del cuestionario
- Septiembre 2014 Taller formativo
- Evaluación trimestral de resultados

11. OBSERVACIONES. TAMBIEN PARTICIPA EN ESTE PROYECTO: CARMEN GONZALEZ VAQUERO11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 Bastante |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 1 Nada |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

176

PROCESO DE CIRUGIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

2. RESPONSABLE CARMEN GONZALEZ VAQUERO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. ATENCION ESPECIALIZADA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- BONO LAMARCA TERESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. SEVICIO QUIROFANO
- CIERCOLES FELEZ MARIA JOSE. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. TRAUMATOLOGIA
- CALDU AGUD PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA
- ORDOÑEZ PAREDES RAQUEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CIRUGIA
- CATALAN HERNANDEZ MARISA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ESPECIALIDADES QUIRURGICAS
- MARTINEZ SORIANO MARIA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. ESPECIALIDADES QUIRURGICAS
- TOMAS BLASCO ASUNCION. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. CODIFICACION

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El Hospital de Alcañiz está siguiendo una línea estratégica de gestión por procesos. Este año se ha priorizado el proceso de cirugía ambulatoria.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Incrementar la coordinación entre plantas y el bloque quirúrgico en la actividad quirúrgica ambulatoria. Disminuir la variabilidad en la atención a estos pacientes. Monitorizar incidentes.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Creación de un equipo de proceso.

Establecer y documentar la secuencia de actividades que se realizan en la atención a estos pacientes mediante la elaboración de documentos de proceso, procedimientos, formatos e instrucciones técnicas, diseñando mejoras los aspectos que se consideren prioritarios durante la elaboración. Seguimiento mediante indicadores, incidencias y revisión por la dirección.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Serán determinados por el equipo de proceso

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2014: Constitución del equipo de proceso

Mayo- Noviembre 2014: Establecimiento y documentación del proceso

Noviembre 2014: Difusión del proceso

Noviembre Abril 2015 Implementación del proceso

Abril 2015. Revisión por la dirección

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 4 Mucho |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

151

1. TÍTULO

GESTIÓN DEL PROCESO DE TRATAMIENTOS AMBULATORIOS EN EL HOSPITAL DE ALCANIZ

2. RESPONSABLE LOURDES HEREDIA FERRER

· Profesión ENFERMERO/A

· Centro H ALCANIZ

· Localidad ALCANIZ

· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA

· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

· REAL CORDERO ESPERANZA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. CONSULTA ONCOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La sala de tratamientos ambulatorios comenzó siendo parte del proceso asistencial de oncología para la administración de los tratamientos quimioterápicos y para la administración de tratamientos (hierro e infliximab) de dos especialidades más.

Sin embargo, con el paso del tiempo, cada vez más especialidades precisan de nuestros servicios para la administración de diferentes tratamientos (transfusiones de sangre o plaquetas, rituximab, corticoides...), por lo que se hace necesario realizar un trabajo de coordinación con las diferentes especialidades.

Por todo ello planteamos la delimitación de un proceso de tratamientos ambulatorios siguiendo la sistemática de gestión por procesos delimitada en nuestro hospital.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Normalizar el proceso asistencial de tratamientos ambulatorios incrementando la coordinación con los servicios clientes.

- Establecimiento de requisitos para la admisión de los pacientes de las diferentes especialidades.

- Mejorar el proceso de forma continua a partir de la información generada

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Creación de equipo de proceso

- Establecimiento y documentación del proceso.

- Implementación del proceso

- Registro de incidencias

- Medición de resultados

- Memoria anual

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. A determinar durante la elaboración del proceso

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2014 Constitución de equipo de proceso

Junio-Septiembre: Documentación del proceso

Octubre 2014-Marzo 2015: Implantación del proceso.

Marzo 2015. Evaluación del proceso

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

·EDAD. Todas las edades

·SEXO. Ambos sexos

·TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención. 3 Bastante

2. Disminuir riesgos derivados de la atención. 4 Mucho

3. Mejorar utilización de recursos. 4 Mucho

4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... 3 Bastante

5. Atender expectativas de los profesionales. 4 Mucho

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

407

MEJORANDO LA INFORMACION DE LA CONSULTA DE OBSTETRICIA

2. RESPONSABLE MARIA JESUS HERRERO CENTELLES

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ALCANIZ
- Localidad ALCANIZ
- Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- DOMINGUEZ FUENTES JULIO. MEDICO/A. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- BAÑOLAS TRIAS MARIA CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- REMACHA SIENES MARIA. MEDICO/A. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- LAHOZ PASCUAL MARIA ISABEL. MEDICO/A. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- VICENTE LOPEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ALOS PUEYO LUIS. MEDICO/A. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- CAMPO LOPEZ CARLOS. MEDICO/A. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la consulta de obstetricia venimos observando como numerosas pacientes no vienen preparadas para las pruebas que se les van a realizar de forma programada porque se les proporciona información verbal en la primera consulta y luego la olvidan. La consecuencia es que tienen que volver otro día.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Que las pacientes lleguen preparadas para las pruebas que les corresponden de forma programada, evitando reorganizaciones de agenda y viajes innecesarios.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Elaboración de un folleto informativo con descripción de las consultas y pruebas programadas a lo largo del embarazo. Se buscarán mediadores culturales para traducir el folleto a los idiomas de las nacionalidades más frecuentes de las pacientes emigrantes.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de pacientes a las que hay que reorganizar agenda por no estar preparadas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril-Mayo: Elaboración de folleto informativo
Abril: Elaboración de registro de pacientes no preparadas
Junio-Abril 2015: Seguimiento

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Accesibilidad, comodidad, confort

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Mujeres
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Embarazadas

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 Bastante |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 2 Poco |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

448

IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN ATENCION PRIMARIA, PARA POBLACION DE BAJO RIESGO. COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL LAHOZ PASCUAL
- Profesión MEDICO/A
 - Centro H ALCANIZ
 - Localidad ALCANIZ
 - Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- REMACHA SIENES MARIA. MEDICO/A. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - VICENTE LOPEZ BEATRIZ. MEDICO/A. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - DOMINGUEZ FUENTES JULIO. MEDICO/A. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - CAMPO LOPEZ CARLOS. MEDICO/A. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - ALOS PUEYO LUIS. MEDICO/A. H ALCANIZ. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 - TRILLO SALLAN ESTHER. MEDICO/A. CS ANDORRA. ATENCION PRIMARIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La anticoncepción en atención primaria en nuestro sector se ha delegado habitualmente en el servicio de Ginecología.

Las nuevas generaciones de anticonceptivos han simplificado el procedimiento de indicación y seguimiento de los mismos.

La mayor parte de la población, carece de factores de riesgo, por lo que no precisa de un médico especialista para asesorarse sobre planificación familiar.

Desde su centro de salud, se le puede orientar hacia el método contraceptivo mas apropiado en su caso. Asimismo, se promueve seguir conductas saludables y responsables en su vida sexual, para evitar la transmisión de enfermedades de transmisión sexual.

Acercar la anticoncepción a primaria, va a proporcionar atención rápida y directa a las usuarias, preferentemente a las adolescentes.

Entre atención primaria y especializada debe existir comunicación directa para resolver dudas que surjan, y evitar a la paciente el desplazamiento hasta una consulta hospitalaria.

No obstante, toda aquella usuaria que por sus características personales requiera un seguimiento personalizado, será derivada a la consulta de planificación familiar en la mayor brevedad posible.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Atención precoz de la usuaria que requiera anticoncepción.

Captación de mujeres con riesgo de embarazo no deseado.

Incrementar el número de indicaciones de anticonceptivos en atención primaria.

Promover conductas responsables en la vida sexual de las usuarias.

Establecer comunicación directa entre primaria y el servicio de ginecología del Hospital de Alcañiz.

Evitar desplazamientos innecesarios de las mujeres, aumentando el grado de satisfacción de las mismas.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Creación de grupo de trabajo interdisciplinar

2. Revisión bibliográfica de actualización.

3. Elaboración de procedimiento

4. Difusión del procedimiento

5. Evaluación

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. % de pacientes en primera visita por anticoncepción en las consultas de primaria.

% de pacientes que acudieron por otro motivo a la consulta de primaria y se les captó para seguir un programa de planificación.

% de derivaciones a consulta de UBOF por inicio de anticoncepción.

Encuesta de satisfacción a las usuarias en su centro de salud.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Este proyecto se llevará a cabo durante el periodo comprendido entre mayo del 2014 y marzo del 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA

· EDAD. mujeres en edad fértil

· SEXO. Mujeres

· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. mujeres en edad fértil

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 4 Mucho |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

164

ESTRATEGIA DE MEJORA DE LOS BOTIQUINES DE LAS PLANTAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ MEDIANTE LA GESTION POR PROCESOS

2. RESPONSABLE MARI LAHOZ ROMEO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- GUALLAR DAUDEN TERESA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
- TENA EJARQUE DOLORES. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
- PALOS AÑON LAURA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE CIRUGIA
- ARJONA PRIETO VERONICA. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. SERVICIO DE GINECOLOGIA
- OLIVEROS GARIN ANA ISABEL. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. GINECOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. Dentro de la gestión del proceso de hospitalización se ha detectado que no existe una sistemática unificada en el hospital para la dotación y mantenimiento de los carros de paradas en las plantas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disponer de un carro de paradas estándar en las plantas ordenado de la misma forma para que todo el mundo sepa donde está cada cosa. Asegurar la disponibilidad permanente de todos los contenidos de los carros.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Se definirán los contenidos de los carros (el mismo para todos)
2. Se establecerá el orden de distribución de los contenidos de los carros (el mismo orden para todos). Se utilizará un procedimiento con fotos de los cajones.
3. Los carros serán revisados al menos una vez al mes por los responsables, verificando las caducidades de los materiales y el número de existencias correcto. Una vez terminada la verificación el carro será precintado anotando la fecha en el precinto y la forma de quien lo ha revisado.
4. Cuando se utilice el carro, la enfermera que ha asistido deberá reponer el material utilizado y volver a precintarlo con fecha y firma.
5. Se guardará un registro de la verificación mensual del carro y de las incidencias relacionadas con el carro de paradas

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de carros de paradas evaluados mensualmente x 100 / Número de carros de paradas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2014. Elaboración del procedimiento de gestión de carros de paradas
Mayo 2014. Curso de formación a enfermería
Mayo-Septiembre: Implantación del procedimiento
Noviembre 2014. Auditoría

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 Bastante |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 2 Poco |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

186

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HIPOVITAMINOSIS B12 EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCANIZ

2. RESPONSABLE ELENA MUÑOZ FARJAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCANIZ
- Localidad ALCANIZ
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHO VAL LUIS IGNACIO. MEDICO/A. H ALCANIZ. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
- TURON ALCAINE JOSE MARIA. MEDICO/A. DAP ALCANIZ. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En los últimos años se viene observando desde los laboratorios el incremento de las peticiones de vitamina B12 y ácido fólico desde Atención Primaria. En la dirección de Atención Primaria se observa a partir de la revisión de OMI-AP el aumento de diagnósticos de hipovitaminosis B12 en la población general observándose amplia variabilidad en los motivos de solicitud, de tal forma que en muchos casos se está solicitando en pacientes asintomáticos sin factores de riesgo. También se aprecia una gran variabilidad en la duración de los tratamientos y en el procedimiento de investigación de la hipovitaminosis B12. Por otra parte, el punto de corte que utiliza el laboratorio para el diagnóstico de hipovitaminosis B12 puede resultar discutible a la luz de la literatura disponible.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Disminuir la variabilidad en el procedimiento de evaluación y tratamiento de la vitamina B12.

Racionalizar el consumo de pruebas diagnósticas y de tratamientos crónicos con vitamina B12 a la luz de la evidencia disponible.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Búsqueda bibliográfica

2. Elaboración de un protocolo de evaluación, diagnóstico y tratamiento de la hipovitaminosis B12 especificando a quien evaluar, como diagnosticar y tratar.

3. Implantación del protocolo mediante sesiones clínicas

4. Monitorización de resultados

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Tasa de peticiones de vitamina B12/1000 habitantes
Variación en el consumo de Optovite B12 y ácido fólico

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril-Junio: Elaboración del protocolo

Septiembre-Octubre: Difusión del protocolo.

Noviembre-Mayo: monitorización de indicadores

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 Bastante |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 2 Poco |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 2 Poco |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

081

PROCEDIMIENTO SOBRE PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA (PAC)

2. RESPONSABLE CARMEN NAVARRO PARDOS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- CURRAS MATEO MARIA DOLORES. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA PREVENTIVA
- SAHAGUN PAREJA JUAN. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MICROBIOLOGIA
- GONZALEZ VAQUERO CARMEN. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. BLOQUE QUIRURGICO
- VIDAL MESEGUER ANA PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. MEDICINA PREVENTIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. La infección del sitio quirúrgico (ISQ) es la causa más importante de infección en el paciente quirúrgico y ocupa el segundo o tercer lugar como causa de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en pacientes hospitalizados.

La presencia de infección quirúrgica duplica la estancia hospitalaria e incrementa en un 20%-30% el coste hospitalario.

El uso apropiado de la profilaxis antibiótica en cirugía (PAC) disminuye en forma significativa el porcentaje de infección del sitio quirúrgico al prevenir la proliferación bacteriana favorecida durante la incisión quirúrgica, siendo esta reducción en algunos procedimientos, mayor al 50 %.

El objetivo del proyecto es unificar los diferentes protocolos de los distintos servicios del área quirúrgica del hospital de Alcañiz en un único procedimiento consensuado con el resto de servicios implicados. El procedimiento formaría parte del Proceso del Bloque Quirúrgico que se está desarrollando en el hospital, de acuerdo a los criterios de la Joint Comisión.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. En el momento actual se ha realizado:

- Una revisión bibliográfica, incluyendo las guías o protocolos de las distintas sociedades científicas nacionales e internacionales.
- Se ha elaborado un borrador de procedimiento acorde a la revisión bibliográfica.

El objetivo de este proyecto es la implantación del protocolo unificado.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. -Revisar y consensuar el protocolo entre los principales actores.

-Evaluación del grado de cumplimiento presenta desglosada por servicios.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Revisión y consenso del protocolo:

- Se realizará la distribución a todos los participantes en el proyecto a través de correo electrónico del borrador.
- El protocolo se presentará a la Comisión de Infecciones.

Evaluación del grado de cumplimiento:

Se realizara un corte con una duración de treinta días en los cuales se procederá a realizar una vigilancia de todos los procedimientos quirúrgicos además de un seguimiento prospectivo basado en la revisión de la historia clínica (Ficha evaluación profilaxis quirúrgica).

Para realizar la valoración se toma como referente las normas recogidas en este protocolo, tras lo cual se realiza un informe que se remite a la Comisión de Infecciones para su posterior difusión.

Profilaxis antibiótica conforme a protocolo = 80%

Se excluyen:

- Procedimientos urgentes.
- Procedimientos de cirugía local

Las categorías en que se han clasificado las intervenciones en función del nivel de adecuación de la profilaxis antibiótica son:

Correcta:

- No precisa y no se administra.
- Antibiótico, dosis y pauta adecuada.

Incorrecta:

- Antibiótico adecuado en dosis y pauta inadecuada.

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

081

PROCEDIMIENTO SOBRE PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN CIRUGIA (PAC)

- Antibiótico y dosis adecuada, pauta inadecuada.
- Precisa profilaxis y no se administra.
- No precisa profilaxis y se administra.
- Se administra un antibiótico erróneo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Revisión y elaboración protocolo definitivo: mayo 2014.
- Difusión del protocolo a los profesionales: junio 2014.
- Evaluación grado implantación: noviembre de 2014.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Gestión por procesos

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Población general

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 Bastante |
| 2. Disminuir riesgos derivados de la atención. | 3 Bastante |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 3 Bastante |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 2 Poco |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 3 Bastante |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

123

1. TÍTULO

INTEGRACION DE LOS REGISTROS DE VACUNACION DEL SERVICIO DE PREVENCION Y LOS DEL ATENCION PRIMARIA POR MEDIO DEL PROGRAMA INFORMATICO OMI. AP

2. RESPONSABLE MARIA JESUS PARDOS DOMINGUEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PREVENCION DE RIESGOS LABORALES
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· ALTABA SANZ BEATRIZ. ENFERMERO/A. CS ALCAÑIZ. ATENCION PRIMARIA
· EGEA VILLALTA EDUARDO. INFORMATICO/A. CS ALCAÑIZ. INFORMATICA (INYCOM)

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. En la consulta de enfermería de Prevención de Riesgos Laborales se revisan los documentos de vacunación de los trabajadores y se administran vacunas. Las vacunas quedan registradas en nuestra base de datos y además se entrega una cartilla de vacunación. Los profesionales de Atención Primaria administran muchas vacunas que registran en el programa informático OMI. Si las vacunas quedasen reflejadas en un único registro (OMI) nos proporcionaría información bidireccional tanto a los profesionales de Atención Primaria como a los de los Servicios de Prevención, con el beneficio que ello conlleva para los trabajadores del SALUD desde el punto de vista de usuarios del propio sistema de salud.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Desde 2011, en el Servicio de Prevención del Sector Alcañiz registramos en OMI todas las vacunas administradas en el Servicio de Prevención.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Revisión de 1000 historias de los trabajadores del SALUD, Sector Alcañiz, existentes en los archivos de Salud Laboral del Servicio de Prevención y registro en OMI de todas las vacunas documentadas contra hepatitis B y antitetánicas. (administradas o no en el Servicio de Prevención).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Distribución a todos los participantes en el proyecto a través de correo electrónico del borrador. Se realizarán al menos una reunión para consensuar metodología de uso OMI y periódicas para resolver las dudas que vayan surgiendo. Revisión de historias en consulta enfermería del Servicio de Prevención. Fase de mantenimiento: Se irán incorporando a OMI las vacunas administradas en la consulta y las de otros documentos que aporte el trabajador. El proyecto puede ser exportado a otras unidades de Prevención de Riesgos Laborales en los distintos sectores.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Número de historiales revisados hasta fin de 2014. Número de vacunas registradas en OMI de hepatitis B y antitetánicas. Será preciso apoyo informático para el manejo de listados de vacunación en OMI.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Inicio: Mayo de 2014. Implantación: Desde mayo hasta diciembre de 2014. Evaluación: Primer trimestre de 2015. Se puede ampliar el proyecto para el registro de otros tipos de vacunas en 2015.

11. OBSERVACIONES. Este formulario sustituye al nº 045.11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA
· EDAD. Adultos
· SEXO. Ambos sexos
· TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Trabajadores del SALUD

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Vacunación

OTRA PALABRA CLAVE 2. OMI

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

1. Mejorar resultados de la atención.	4 Mucho
2. Disminuir riesgos derivados de la atención.	4 Mucho
3. Mejorar utilización de recursos.	4 Mucho
4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ...	4 Mucho
5. Atender expectativas de los profesionales.	4 Mucho

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

130

ELABORACION E IMPLANTACION DE UNAS RECOMENDACIONES PARA ATENCION PRIMARIA DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES COLONIZADOS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA (SARM)

2. RESPONSABLE JUAN SAHAGUN PAREJA
- Profesión FARMACEUTICO/A
 - Centro H ALCAÑIZ
 - Localidad ALCAÑIZ
 - Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
 - Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
- PRADES ALQUEZAR MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. TRAUMATOLOGIA
 - COLOM VIRUETE MARIA PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. TRAUMATOLOGIA
 - GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU. FARMACEUTICO/A. DAP ALCAÑIZ. FARMACIA
 - NAVARRO PARDOS CARMEN. MEDICO/A. H ALCAÑIZ. MICROBIOLOGIA
 - GARCIA LOPEZ ANA MARIA. ENFERMERO/A. CS ANDORRA. CONSULTORIO DE OLIETE
 - VIDAL MESEGUER ANA PILAR. ENFERMERO/A. H ALCAÑIZ. PREVENTIVA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El aumento de casos de pacientes portadores de gérmenes multirresistentes, sobre todo de SARM, su alto riesgo de padecer una infección por estos gérmenes de difícil tratamiento y el riesgo que suponen de transmisión a otros pacientes ha llevado a la necesidad de tomar medidas de aislamiento de contacto y de descolonización de estos pacientes. Esto ya se hace desde hace unos años en el ámbito hospitalario de forma protocolizada y al amparo de la Comisión de Infecciones del Hospital de Alcañiz pero no así en atención primaria.

La ausencia de unas recomendaciones en primaria produce una serie de problemas a la hora atender a estos pacientes, ya sean pacientes ambulatorios o al ser dados de alta del Hospital y derivarlos a sus domicilios o residencias.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO. Hasta el momento no hay recomendaciones para el cuidado de estos ni en el ámbito ambulatorio ni tras el alta con lo que se producen problemas de descoordinación entre Atención Especializada y Primaria.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. El objetivo del presente proyecto es la elaboración e implantación de unas recomendaciones a Atención Primaria de cuidados para atención de los pacientes colonizados por Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM).

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. - Revisión de la literatura al respecto y elaboración de por consenso del protocolo de recomendaciones.
- Implantar y coordinar el tratamiento y seguimiento de los pacientes colonizados por SARM entre los distintos niveles sanitarios.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Revisión y consenso del protocolo:

- Se realizará la distribución a todos los participantes en el proyecto a través de correo electrónico de la bibliografía para la elaboración de un borrador.
- Se realizarán reuniones para la aprobación del protocolo definitivo.

Coordinación:

- Se realizarán las reuniones necesarias para establecer los circuitos asistenciales que se incluirán en el protocolo.
- Presentación y en su caso aprobación por parte de la Comisión de Infecciones de Hospital de Alcañiz.
- Difusión del protocolo resultante a los profesionales por e-mail e intranet:
 - o Coordinadores Centros de Salud.
 - o Residencias y centros de cuidados.

Implantación:

Se realizará una revisión del cumplimiento y aceptación de las recomendaciones con los coordinadores de los Centros de Salud.

Indicadores:

- Porcentaje casos de portadores de SARM hospitalarios tras alta y comunitarios en los que se ha aplicado el protocolo.
- Porcentaje de portadores de SARM en los que se evidencia una negativización del SARM en un segundo ingreso.
- Porcentaje de pacientes colonizados por SARM, que se detectan en los resultados de cultivos tras el alta en los que se aplica el protocolo.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. - Revisión y elaboración protocolo definitivo: de abril a septiembre de 2014.

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

130

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DE UNAS RECOMENDACIONES PARA ATENCION PRIMARIA DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES COLONIZADOS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA (SARM)

- Difusión del protocolo a los profesionales: septiembre-octubre 2014.
- Evaluación grado implantación: segundo trimestre de 2015.
- Revisión de los indicadores: segundo trimestre de 2015.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Colonizados con SARM

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

OTRA PALABRA CLAVE 1. Colonizados SARM

OTRA PALABRA CLAVE 2. Recomendaciones

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|---------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 4 Mucho |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 4 Mucho |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

228

1. TÍTULO

DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD POR PROCESOS EN EL LABORATORIO DE HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ SEGUN LA NORMA UNE-EN ISO 15189

2. RESPONSABLE ESTHER SOLE LLOP

- Profesión BIOLOGO/A
- Centro H ALCANIZ
- Localidad ALCANIZ
- Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- SANCHO VAL LUIS IGNACIO. MEDICO/A. H ALCANIZ. HEMATOLOGIA
- PERDIGUER RODRIGUEZ LUIS. MEDICO/A. H ALCANIZ. HEMATOLOGIA
- TURON ALCAINE JOSE MARIA. MEDICO/A. H ALCANIZ. COORDINACION DE CALIDAD
- SAHAGUN PAREJA JUAN. MEDICO/A. H ALCANIZ. MICROBIOLOGIA
- PELLICER PIQUER ANA. TEL. H ALCANIZ. HEMATOLOGIA
- UBEDA PEREZ FRANCISCO JOSE. TEL. H ALCANIZ. HEMATOLOGIA
- MOROS GARCIA MASCARAQUE MARIA JESUS. TEL. H ALCANIZ. HEMATOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El laboratorio de Hematología ha sido recientemente auditado por los responsables de la certificación del banco de sangre de Aragón (certificación ISO 9001:2008 y del comité de Acreditación de transfusiones (CAT 3ª edición. 2006) En dicha auditoria se constató la necesidad de estandarizar la documentación del Centro de transfusiones de Alcañiz en lo que atañe al laboratorio. Aprovechando que los laboratorios clínicos del hospital están acreditados con la norma 15189 se ve la oportunidad de estandarizar la documentación siguiendo la nomenclatura y la sistemática que existe ya en otras áreas del laboratorio (Bioquímica y microbiología).

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. Escribir toda la documentación del Centro de trasfusiones en un formato estándar siguiendo la norma 15489. Asimismo, preparar la documentación del resto de áreas del laboratorio de hematología (Hemostasia y hematimetría/ citología) para una futura acreditación

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. 1. Creación de un equipo de mejora formado por facultativos y personal técnico del laboratorio.

2. Análisis de los procesos y la estructura del laboratorio de Hematología.

3. Elaboración de la documentación. Para la elaboración de estos documentos se seguirá la sistemática y codificación que se describe en el documento PG-01-SA(E)X_L rev. C (Procedimiento de gestión para el control de la documentación y los registros) que es un documento de Nivel I aplicable a todos los laboratorios clínicos del Salud Aragón

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Elaboración de un REGISTRO para el seguimiento del progreso del trabajo. El registro monitorizará las diferentes acciones, elaboración de documentación y fechas límite para realizarlas

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril y mayo 2014: Elaboración de la Documentación. Se elaborará la documentación de Nivel III del Servicio de hematología: Procedimientos Técnicos generales (PTG), Procedimientos Técnicos de Análisis (PTA), procedimientos técnicos de equipos (PTE), Procedimientos técnicos de preanalítica (PTP), Formatos (formularios), registros y otra documentación de interés.
Junio 2014: Simulacro de auditoria interna con el fin de asegurar que se están cumpliendo los requisitos especificados antes de proceder a una futura auditoria para la Acreditación.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Profesionales

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 3 Bastante |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 4 Mucho |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

163

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL AREA DE PACIENTES AMBULANTES ONCOLOGICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

2. RESPONSABLE ISABEL VARELA MARTINEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
· CORRAL SUBIAS MONICA. MEDICO/A. H ALCANIZ. SERVICIO DE ONCOLOGIA
· MOYA GOMEZ MARIA TERESA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. SERVICIO DE FARMACIA
· HERNANDEZ COCERA JUAN. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. SERVICIO DE FARMACIA
· LLORENS PALANCA MARIA DOLORES. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. SERVICIO DE FARMACIA
· CORTES GRACIA MARIA PILAR. PERSONAL ADMINISTRATIVO. H ALCANIZ. SERVICIO DE FARMACIA
· REAL CORDERO ESPERANZA. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. SERVICIO DE ONCOLOGIA
· HEREDIA FERRER LOURDES. ENFERMERO/A. H ALCANIZ. SERVICIO DE ONCOLOGIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA. El área de Pacientes Ambulantes de la Farmacia es aquella donde se preparan y dispensan las mezclas intravenosas que se administran posteriormente en el Hospital de Día. En la actualidad todo el proceso (prescripción médica, validación farmacéutica, hojas de preparación, etiquetas identificativas, etc...) se realiza de manera manual quedando la actividad del área registrada en "formato papel". El objetivo de este proyecto es la informatización en el área de Pacientes Ambulantes del Servicio de Farmacia y la implantación de la prescripción electrónica en el ámbito de pacientes oncológicos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. - Mejora en la trazabilidad del proceso.
- Reducción en la probabilidad de error.
- Mejora en el proceso de prescripción médica
- Mejora en el proceso de validación farmacéutica.
- Mejora en el proceso de preparación de la mezcla y su dispensación.

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR. Proceso de informatización en el área de Pacientes Ambulantes Oncológicos del Servicio de Farmacia:

- 1.Revisión y configuración del Maestro de Artículos (Farmatools®)
- 2.Configuración del programa informático Gestión de Pacientes Ambulantes (Farmatools®).
- 3.Validación farmacéutica a través del programa informático.
- 4.Impresión de las hojas de preparación y etiquetas por paciente y mezcla intravenosa a preparar.
- 5.Mejora en control de calidad de las mezclas intravenosas preparadas.
- 6.Gestionar el stock de fármacos utilizados e imputación del gasto para cada mezcla y paciente a través del programa de Gestión de Pacientes Ambulantes (Farmatools®).

Implantación:

- 1.Prescripción médica a través del programa de Gestión de Pacientes Ambulantes (Farmatools®).
- 2.Validación Farmacéutica a través del programa de Gestión de Pacientes Ambulantes (Farmatools®).
3. Dispensación de las mezclas intravenosas a través del programa de Gestión de Pacientes Ambulantes (Farmatools®).

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. Indicador del Proceso de informatización en el área de Pacientes Ambulantes Oncológicos del Servicio de Farmacia: N° de mezclas intravenosas preparadas mediante proceso informatizado versus N° de mezclas intravenosas preparadas mediante proceso manual sobre el total de mezclas.

Indicador de la implantación prescripción electrónica en el Servicio de Oncología: N° de prescripciones medicas electrónicas versus no electrónicas del total de prescripciones médicas.

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. Abril 2014. Revisión y configuración del Maestro de Artículos y de la Gestión de Pacientes Ambulantes (ya comenzado).

Mayo 2014. Inclusión de los pacientes oncológicos en tratamiento activo e inicio del uso completo del programa informático.

Mayo-Septiembre 2014: Validación del proceso de informatización. Introducción de mejoras.

Octubre 2014: Formación del personal del Servicio de Oncología e implantación del proceso de prescripción electrónica.

Noviembre 2014- Abril 2015: Seguimiento e implantación de mejoras.

11. OBSERVACIONES. 11. ENFOQUE PRINCIPAL. Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Adultos
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES. Oncológicos

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

163

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL AREA DE PACIENTES AMBULANTES ONCOLOGICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

INFORMACIÓN COMPLETADA SOBRE EL PROYECTO

VALORACIÓN DEL PROYECTO EN RELACIÓN A:

- | | |
|--|------------|
| 1. Mejorar resultados de la atención. | 4 Mucho |
| 2. Dirminuir riesgos derivados de la atención. | 4 Mucho |
| 3. Mejorar utilización de recursos. | 4 Mucho |
| 4. Garantizar derechos de los usuarios (y > satisfacción). ... | 3 Bastante |
| 5. Atender expectativas de los profesionales. | 4 Mucho |